

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ**

УХОД ЗА ХИРУРГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Учебно-методическое пособие

для студентов, обучающихся по специальностям
060101 – «Лечебное дело», 060103 – «Педиатрия», 060105 – «Стоматология» и 060104 – «Медико-профилактическое дело»

**ВОЛГОГРАД
2011**

УДК 616-089-083 (07)
ББК 54.5

Авторский коллектив:

Михин Игорь Викторович – заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ, д.м.н.;

Косивцов Олег Александрович – ассистент кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ, к.м.н.

Рецензенты:

Емельянов Сергей Иванович – заведующий кафедрой эндоскопической хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета, заслуженный врач РФ, Президент Российского общества эндоскопических хирургов, доктор медицинских наук, профессор;

Сажин Вячеслав Петрович - заведующий кафедрой хирургии и общеврачебной подготовки с курсом эндохирургии факультета последипломного образования Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор.

«Уход за хирургическими больными». Учебное пособие. – Волгоград: ВолгГМУ, 2011. – 96с.

В предлагаемом учебном пособии представлены основные сведения по уходу за больными в хирургическом отделении. Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальностям 060101 – «Лечебное дело», 060103 – «Педиатрия», 060201 – «Стоматология» и 060104 – «Медико-профилактическое дело».

Печатается по решению ЦМС ВолгГМУ.

© Михин И.В., Косивцов О.А.

© Волгоградский государственный медицинский университет

Оглавление

1. Понятие ухода за больными хирургического профиля.....	4
2. Особенности ухода за больными в приемном отделении хирургического стационара.....	6
3. Организация ухода за больными в хирургическом отделении....	12
4. Содержание ухода за больными в хирургии.....	25
5. Уход за больными в период пребывания в операционной и в послеоперационном периоде.....	30
6. Особенности питания пациентов в хирургическом отделении....	45
7. Особенности ухода за больными в хирургии в зависимости от профиля отделения:	
Особенности ухода за больными с ожогами и отморожениями..	51
Особенности ухода за больными с повреждениями костей.....	60
Уход за больными в онкологии.....	64
Особенности ухода за больными торакального отделения.....	65
Особенности ухода за пациентами урологического профиля.....	69
Особенности ухода за пациентами, оперированными на органах брюшной полости.....	70
8. Клиническая гигиена медицинского персонала гнойного отделения.....	73
9. Клиническая гигиена больных гнояного отделения.....	74
10. Уход за больными в критических состояниях.....	76
11. Приложение.....	83
12. Тестовые задания для самоконтроля.....	88
13. Ситуационные задачи	90
14. Рекомендованная литература	93
15. Ответы к тестовым заданиям и ситуационным задачам	94

Понятие общего ухода за больными хирургического профиля.

Уход за больным – комплекс мероприятий по осуществлению в условиях отделения клинической гигиены, направленный на облегчение состояния пациента и способствующий его выздоровлению. Уход за больным классифицируют на общий и специальный.

Общий уход – это мероприятия, необходимые самому пациенту независимо от характера болезни или повреждения. Например, к общему уходу относят кормление пациента, смену нательного и постельного белья. Специальный уход – мероприятия проводимые в отношении пациентов специализированных отделений, например, урологического, хирургического, травматологического. В хирургическом отделении осуществляются мероприятия по обследованию, подготовке больного к операции, выполнению оперативного вмешательства и ведению пациентов в послеоперационном периоде. Небольшую группу составляют пациенты хирургического профиля, не нуждающиеся в оперативном вмешательстве (например, больные облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, тромбофлебитом).

Хирургический уход – медицинская деятельность по реализации личной и клинической гигиены в хирургическом стационаре, направленная на оказание помощи пациенту при удовлетворении им основных жизненных потребностей (прием пищи, мочеиспускание, дефекация, мероприятия личной гигиены, смена постельного белья) и во время патологических состояниях (тошнота и рвота, расстройства дыхания). Уход за больными в хирургическом отделении имеет свои особенности, связанные с операционной травмой, обезболиванием (наркозом), нарушением работы органов из-за патологического очага в организме пациента,

Объем ухода зависит от заболевания больного, его тяжести, возраста пациента, объема оперативного вмешательства, осложнений, предписанного режима.

Важным компонентом ухода за больными является создание максимального физического и психического покоя. Основные принципы лечебно-охранительного режима хирургического отделения: тишина в помещениях, где находятся больные, спокойное, доброжелательное и ровное отношение к ним медицинского персонала, устранение всех неблагоприятных факторов, которые могут травмировать психику больного, обеспечение лекарственными препаратами, применение их по назначению врача, качественное питание с учетом заболевания и состояния пациента. Санитарно-гигиенический режим включает регулярную уборку помещений, обеспечение личной гигиены больного, профилактику внутрибольничной инфекции, некоторые меры дезинфекции (уничтожение патогенных микроорганизмов) и дезинсекции (уничтожение насекомых-паразитов). Находясь в стационаре больной чувствует себя оторванным от родных и друзей, что создает неблагоприятный эмоциональный фон для его выздоровления. Однако неконтролируемые посещения способствуют загрязнению отделения, распространению инфекции, затрудняют работу персонала. Для посетителей отводятся специальные часы, когда можно увидеться с больным. К тяжелым больным в палату посетители могут проходить только с разрешения лечащего врача или заведующего отделением. Все посетители должны сдать в гардероб свою верхнюю одежду и получить белые накидки или халаты. Детям ограничивают доступ в отделение из-за опасности их к инфицированию патогенной флорой. Посетители без соответствующей одежды, в нетрезвом виде, больные с респираторными заболеваниями к хирургическим больным не могут быть допущены. Посещение пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии родственниками запрещено. В палатах посетителям запрещено садиться на постель больных. Нарушения указанных правил возможны только в исключительных случаях по специальному разрешению заведующего отделением или дежурного врача

В системе лечения и его организации важное место занимает предоперационный период. Это определенный отрезок времени необходимый для ус-

тановления диагноза и подготовки пациента к операции. Предоперационная подготовка проводится с целью уменьшения риска операции, предотвращения возможных осложнений. Предоперационный период может быть очень коротким при производстве экстренных операций и относительно растянутым при производстве плановых операций.

Общая подготовка к плановым операциям включает все исследования, связанные с установлением диагноза, выявлением осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний, определением функционального состояния жизненно важных органов. При показаниях назначается медикаментозное лечение, направленное на улучшение деятельности различных систем, чтобы привести к определенной готовности организм больного к оперативному вмешательству. От характера и проведения, в конечном итоге от организации предоперационного периода во многом зависит результат предстоящего лечения.

Особенности ухода за больным в приемном отделении хирургического стационара

Приемное отделение (приемный покой) является одним из важнейших подразделений хирургического стационара. В его функции входит регистрация больного, установка предварительного диагноза, оказание первой медицинской помощи, санитарная обработка и транспортировка больного в палату.

Для выполнения этих задач выделяется соответствующая структура в виде четко спланированного помещения, оснащенного необходимым лечебно-диагностическим оборудованием. Приемные отделения размещаются на первом этаже, имеют изолированный удобный вход для приема больных, и имеют связь со всеми другими службами больницы. В приемном отделении располагаются следующие помещения: зал ожидания, регистратура (кабинет дежурной медсестры), один или несколько смотровых кабинетов, процедурный кабинет, перевязочная, изолятор, санпропускник, лаборатория, рентген-кабинет и другие.

Зал ожидания предназначен для ходячих больных и сопровождающих родственников. В регистратуре дежурная медсестра заполняет первичную документацию на всех поступающих больных:

- журнал регистрации поступивших больных;
- алфавитная книга для информационной службы;
- журнал отказов в госпитализации;
- журнал консультаций;
- журнал осмотров на педикулез;
- журнал движения больных в стационаре.

В обязанности медсестры входит и заполнение титульного листа истории болезни: паспортная часть, дата и время поступления, диагноз направившего учреждения, статистический талон на поступившего больного.

Из регистратуры больной направляется в смотровой кабинет, где его обследует врач. Осмотр больного проводят на кушетке, покрытой клеенкой. После приема каждого больного клеенку протирают ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. Из другого оборудования здесь необходим письменный стол для заполнения врачом истории болезни и оформления другой документации.

Для правильного установления диагноза и определения тактики врачу может потребоваться дополнительная информация. С этой целью на территории приемного отделения или рядом с ним должны находиться лаборатория, рентгеновский, эндоскопический кабинеты, кабинет ЭКГ.

В крупных клиниках в приемной покое выделяются диагностические палаты, где находятся больные с неясным диагнозом до окончательного решения вопроса о необходимости хирургического лечения; изолятор, куда помещаются пациенты с подозрением на инфекционное заболевание.

В приемном отделении обязательно должна быть возможность для оказания первой медицинской помощи больным, поступающим в тяжелом состоянии, не требующим госпитализации, поэтому здесь находятся процедурный кабинет, перевязочная, малая операционная.

После осмотра, постановки диагноза и решения вопроса о госпитализации больной направляется для санитарной обработки в санпропускник, который обычно состоит из смотровой, гардеробной, ванно-душевой комнаты и комнаты, где больные одеваются. Рядом располагается склад, куда помещается личная одежда больных на время пребывания в стационаре.

Необходимо строго соблюдать основное направление движения больных от смотровой через ванную комнату к комнате для одевания, не допуская возвращения больных в "грязную" зону санпропускника.

Санпропускник оборудован всем необходимым для проведения обработки больного. Здесь должны быть кушетки, шкафчики для чистого и бачки для грязного белья, шкаф или стол с предметами для санитарной обработки, клеенкой, банным мылом, мочалками индивидуального пользования, которые находятся в маркированной емкости, машинки для стрижки волос, бритвенные приборы, ножницы, термометры для измерения температуры воздуха и воды, специальные мочалки и щетки для санитарной обработки ванны, маркированные ведра и швабры для уборки и дезинфекции помещений санпропускника и другие принадлежности.

Санитарная обработка больного в приемном отделении включает следующие мероприятия: 1) дезинсекцию - уничтожение вредных насекомых (вшей), если они обнаружены при осмотре больного; 2) гигиеническую ванну, душ или обтирание больного, стрижку волос, ногтей, бритьё; 3) переодевание больного в чистое больничное бельё и одежду.

Вопрос о способе и объеме санитарной обработки решает врач, а выполняется она младшим медицинским персоналом под руководством медицинской сестры.

Больные в крайне тяжелом состоянии по указанию врача могут направляться в отделение реанимации или в операционную без санитарной обработки, которая проводится отсрочено после стабилизации общего состояния больного.

У всех остальных больных начинать санитарно-гигиеническую обработку медсестра приемного отделения должна с тщательного осмотра тела, волосистых частей больного, его белья для выявления педикулеза (вшивости).

Вши особенно часто локализуются в затылочной и височной областях (головные вши) или в области лобка (лобковые вши). Платяные вши живут и откладывают яйца преимущественно в складках белья. Размеры вшей от 1,4 до 4 мм, а их яиц (гнид) - не более 0,6-1 мм. Гниды головных вшей продолговатой формы, они приклеены к волосяному стержню особой клейкой массой, почти всегда располагаются вблизи корней волос. Головные и платяные вши являются переносчиками тяжелых инфекционных заболеваний - сыпного и возвратного эпидемического тифа, поэтому при обнаружении вшей или гнид медицинская сестра немедленно проводит дезинсекцию. Прежде всего, необходимо надеть дополнительный халат и косынку.

Волосы на голове или лобке обрабатывают одним из растворов: 0,5% раствором метилацетафоса или 0,25% эмульсией дикрезила. Затем волосы покрывают косынкой на 20 минут, промывают теплой водой. После этого в течение 10-15 минут вычесывают волосы частым гребнем. Белье больного складывают в мешок и отправляют в дезинфекционную камеру.

После проведения дезинфекции больного помещение и предметы, с которыми он контактировал, необходимо обработать теми же дезинфицирующими растворами с помощью гидропульта. Халат и косынку, в которых медицинская сестра проводила обработку больного и помещения, нужно сложить в мешок и отправить в дезинфекционную камеру.

Далее санитарная обработка больного проходит в ванной комнате. В зависимости от состояния больного санитарная обработка может быть полной (ванна, душ) или частичной (обтирание, обмывание). Вид санитарной обработки назначает врач.

Больные в удовлетворительном состоянии самостоятельно принимают душ, более тяжелые подвергаются гигиенической обработке в ванне. Темпера-

ратура воды должна быть 36-40°C. Уровень воды должен доходить только до мечевидного отростка. Чтобы больной не соскальзывал ниже, в ножном конце ванны устанавливают подставку для упора ног (приложение, рис. 1). Мочат больного мочалкой с мылом: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область, промежность.

Продолжительность процедуры не более 20 минут. Присутствие медсестры при этом обязательно, она всегда готова оказать первую медицинскую помощь при возможном ухудшении состояния больного.

Для выполнения обтирания больной укладывается на застеленную клеенкой кушетку. Губкой, смоченной теплой водой, обтирают шею, грудь, руки. Насухо вытирают эти части тела полотенцем и прикрывают их одеялом. Таким же образом обтирают живот, потом спину и нижние конечности.

После санитарной обработки больному одевают нательное больничное чистое белье, халат (пижаму), тапочки. Иногда разрешается пользоваться собственным бельем, смена которого должна производиться по графику больницы.

После этого больного транспортируют в отделение больницы. Способ доставки больного в отделение определяет врач в зависимости от тяжести состояния больного: на носилках (вручную или на каталке), на кресле-каталке, на руках, пешком.

При удовлетворительном состоянии больные идут в палату пешком в сопровождении среднего или младшего медицинского работника. В ряде случаев целесообразно доставлять больных в отделение на кресле-каталке. Тяжелых больных транспортируют в отделение лежа на каталке (приложение, рис. 2). Такое положение позволяет полностью расслабить мускулатуру тела, не требует усилий от больного и обеспечивает оптимальные условия транспортировки. Каждая каталка должна быть заправлена чистой простыней и одеялом в зависимости от сезона. Белье следует менять после каждого больного. Необходимо уметь правильно переложить больного с кушетки на каталку. Для этого каталку ставят перпендикулярно кушетке, так чтобы ее

головной конец подходил к ножному концу кушетки, после чего один санитар подводит руки под голову и лопатки больного, второй - под таз и верхнюю часть бедер, третий - под середину бедер и голени. Поднимают больного одновременно согласованными движениями, вместе с ним поворачиваются на 90° в сторону каталки и укладывают больного на носилки (приложение, рис. 3).

Перекалывание больного можно производить и вдвоем: первый санитар подводит руки под шею и лопатки больного, второй - под поясницу и колени. При небольшой массе тела больного переложить его может и один человек. Для этого больного берут на руки, подводя одну руку под лопатки, а другую под бедра. Сам больной обхватывает руками шею санитара.

При подъеме по лестнице носилки несут головой вперед, при спуске - ногами вперед (приложение, рис. 4). В обоих случаях поднимают ножной конец носилок и шагают "не в ногу".

Особенности транспортировки больных зависят главным образом от характера и локализации заболевания. При переломе костей черепа транспортировку производят на носилках в положении на спине с опущенным подголовником и без подушки. Вокруг головы укладывают валик из одеяла, одежды или умеренно надутым воздухом подкладного круга. При переломах позвоночника в грудном и поясничном отделах на жестких носилках, на щите укладывают пострадавшего на спину лицом вверх.

При переломе таза пострадавшего укладывают на спину, под разведенные колени подкладывают валик, свернутое одеяло, подушку. При переломах ребер больному придают полусидячее положение.

При кровотечениях из ран конечностей им придают возвышенное положение. Больных с ожогами укладывают по возможности на неповрежденную сторону, тщательно укутывают одеялами, а обожженную поверхность закрывают стерильным бинтом или стерильной простыней.

При транспортировке больного, находящегося в бессознательном состоянии, необходимо следить, чтобы у него не западал язык, а при рвоте

рвотные массы не попали в дыхательные пути. Для этого голову больного поворачивают на бок, нижнюю челюсть выдвигают вперед и удерживают в этом положении. Транспортировка таких больных производится исключительно на носилках.

Больных с сердечно-сосудистой и легочной недостаточностью из-за сильной одышки перевозят на носилках в полусидячем состоянии. Если у больного налажена и работает система для длительной инфузии в центральную или периферическую вену, то при его перекладывании участвует еще одна медсестра, которая отвечает за сохранность системы и ее работоспособность. Она снимает флакон со стойки, держит его в левой руке и при перекладывании и транспортировке больного правой рукой контролирует и фиксирует положение иглы или катетера в вене. При этом необходима особенная слаженность в работе всех, кто принимает в ней участие. Следует соблюдать осторожность, избегать толчков.

Таким образом, приемный покой выполняет большой круг задач, важнейшие из которых связаны с подготовкой больного к лечению в плане предварительной диагностики-сортировки, необходимой санитарной обработки и транспортировки больных в отделения стационара.

Организация ухода за больным в хирургическом отделении

Обычное хирургическое отделение состоит из 60 коек, которые разделяются на 2 сестринских поста по 30 коек на каждый.

На каждые 30 коек необходимо: три вида палат (боксовые; для послеоперационных больных; для выздоравливающих); ординаторская; кабинет заведующего отделением; сестринская; перевязочная; процедурный кабинет; специальные кабинеты в профильных отделениях (гипсовая, эндоскопический кабинет, смотровая, манипуляционная); санузелы (расчет 1 на 10 больных); душевые или ванны комнаты (1 установка на 10 больных); санитарная комната (с унитазом, оборудованием для обработки подкладных суден, мочеприемников, мебелью для их хранения); шкаф для чистого белья и емкость для грязного белья, посуда для антисептиков.

Для нормальной работы отделения важен пропускной режим. Посетители приходят к больным в определенные часы, предъявляются требования к их внешнему виду, одежде.

Медицинский пост имеет в наличии:

- стол, ящики, в которых содержится медицинская документация постовой сестры, листы назначений, бланки анализов, вызова специалистов для консультаций, списки больных для стола справок, температурные листы, листы диетических столов питания больных;
- шкафы для оборудования, с емкостями с 3 % раствором хлорамина для чистых и обработки использованных термометров, с мензурками, грелками, стойками для внутривенных инъекций;
- зеркало, мыло, мусоросборник, раковина, полотенца для рук (на обходе используется полотенце, которое смачивается дезинфицирующим раствором);
- столик, который можно передвигать, для раздачи медикаментов;
- стенд с информацией о правилах внутреннего распорядка;
- план эвакуации на случай пожара;
- желательно иметь селекторную связь с палатами и телефон, список нужных номеров;

Холодильник для лекарственных средств, сейф для наркотических препаратов и сильнодействующих средств, шкафы для лекарственных средств находятся в процедурном кабинете или в особо выделенной для этого комнате, которая запирается.

Палатная (постовая) медицинская сестра — наименование должности среднего медицинского работника. На эту должность в соответствии с Приказом МЗ РФ от 19.08.1997 № 249 может назначаться медицинский работник, имеющий специальность «Сестринское дело» и «Сестринское дело в педиатрии». На должность палатной медицинской сестры принимаются лица, имеющие законченное медицинское образование и допущенные к медицинской деятельности в данной должности в установленном законом порядке.

Принимаются и увольняются они главным врачом больницы по представлению главной медсестры. Перед поступлением на работу медсестра проходит обязательное медицинское обследование.

Палатная медицинская сестра находится в непосредственном подчинении у заведующего отделением и старшей медицинской сестры отделения. Работает под руководством ординатора отделения и старшей медицинской сестры, а в период их отсутствия — дежурного врача. В непосредственном подчинении у палатной медсестры находятся санитарки - уборщицы обслуживаемых ею палат.

Палатная медицинская сестра отделения работает по графику, составленному старшей медицинской сестрой, утвержденному заведующим отделением, заместителем главного врача соответствующего профиля и согласованному с профсоюзным комитетом. Изменение графика работы допускается только с согласия старшей медицинской сестры и заведующего отделением.

Палатная медицинская сестра должна:

- быть образцом дисциплинированности, осуществлять прием вновь поступивших больных в отделение;
- проводить осмотр на наличие педикулеза (контроль за работой приемного отделения больницы), оценивать общее гигиеническое состояние больного (проведение ванны, смена белья, подстригание ногтей и т.д.);
- осуществлять транспортировку или сопровождение больного в палату, обеспечивать его сразу же при поступлении индивидуальными предметами ухода, стаканом, ложкой для приема воды (лекарства);
- знакомить с расположением помещений отделения и правилами внутреннего распорядка и режимом дня, правилами личной гигиены в стационаре;
- осуществлять сбор материала от больных для лабораторных исследований (моча, кал, мокрота и т.д.) и организовывать своевременную отправку их в лабораторию: своевременное получение результатов исследования и подклеивание их в историю болезни;

- проводить подготовку историй болезни, направление больных по назначению врачей на клиничко-диагностические, функциональные исследования, в операционные, перевязочные и в случае необходимости их транспортировку, совместно с младшим медицинским персоналом отделения, контроль за возвращением историй болезни в отделение с результатами исследования;
- подготавливать полотенца, специальные средства для дезинфекции рук врача, принимать непосредственное участие в обходе больных врачом-ординатором или дежурным врачом, сообщать им сведения об изменениях в состоянии здоровья больных;
- производить измерение температуры тела больным утром и вечером, а по назначению врача и в другое время дня вести запись температуры в температурный лист, счет пульса и дыхания; измерять суточное количество мочи, мокроты, вносить эти данные в историю болезни;
- осуществлять плановое наблюдение, организацию ухода за лежачими и тяжелобольными, профилактику пролежней;
- вести активное наблюдение за чистотой и порядком в палатах, за личной гигиеной больных, за своевременным приемом ванн, сменой белья — нательного и постельного;
- делать личную явку к больному по первому его зову;
- проводить контроль за выполнением пациентом установленного врачом режима питания, соответствием продуктов, принесенных больному родственниками, разрешенному ассортименту, ежедневный контроль за состоянием тумбочек, холодильников в палатах;
- осуществлять составление порционных требований на диетстолы старшей медсестре для передачи их ей для приготовления диетпитания;
- производить раздачу пищи пациентам отделения, кормление больных;
- вести контроль за выполнением правил работы младшим обслуживающим персоналом;
- делать отметки в листе врачебных назначений об их выполнении с росписью за выполнение каждого назначения;

- быть гуманной, тактично вести себя при агонирующих больных, осуществлять правильное документальное оформление, укладку и передачу тела умершего для транспортировки в патологоанатомическое отделение; обслуживание больных в этот период поручается медицинскому персоналу другого поста;
- принимать непосредственное участие в санитарно-просветительной работе среди больных и населения на темы санитарно-гигиенические, ухода за больными, профилактики заболеваний, здорового образа жизни и т.д.;
- производить прием и передачу пациентов только у постели больного;
- осуществлять регулярный (не реже 1 раза в 7 дней) осмотр больных на наличие педикулеза (с отметкой об этом в соответствующем документе), а также организацию (в случае необходимости) противопедикулезных мероприятий; ежедневно утром передавать старшей медицинской сестре список требуемых на пост лекарственных препаратов, предметов ухода за больными, а также делать это в течение смены;
- составлять в ночное время список пациентов своего поста, сведения о них по утвержденной в больнице схеме, передавать полученные сведения утром в приемное отделение больницы для справочного бюро (8.00);
- проводить кварцевание палат, закрепленных за постом, а также других помещений согласно графику, разработанному старшей медицинской сестрой отделения совместно с врачом-эпидемиологом больницы;
- работать без права сна и не отлучаться из отделения без разрешения старшей медсестры или заведующего отделением, а в период их отсутствия - дежурного врача;
- знать и обеспечить готовность к оказанию доврачебной медицинской помощи при ухудшении состояния больного, неотложных состояниях, обеспечить правильную и быструю транспортировку.

Палатная медицинская сестра обязана уметь:

- вести наблюдение за состоянием больного и правильно оценивать его;
- накладывать асептические повязки на раны и ожоговые поверхности;

- останавливать наружные кровотечения;
- проводить транспортную иммобилизацию;
- накладывать гипсовые повязки (после специальной подготовки);
- накладывать повязку при открытом пневмотораксе;
- определять групповую принадлежность крови;
- выполнять внутримышечные, подкожные и внутривенные инъекции;
- проводить трансфузии (включая переливание крови и кровезаменителей) под наблюдением врача, а также аутогемотерапию;
- делать искусственное дыхание с использованием соответствующих аппаратов;
- проводить непрямой массаж сердца;
- осуществлять промывание желудка, взятие желудочного сока, дуоденального содержимого;
- проводить постановку клизм, очистительной, питательной, лекарственной, капельной, сифонной (под руководством и наблюдением врача);
- вводить газоотводные трубки;
- катетеризировать мочевой пузырь мягким резиновым катетером;
- промывать мочевой пузырь;
- спринцевать влагалище;
- проводить постановку горчичников, пиявок, компрессов;
- втирать лекарственные вещества;
- измерять артериальное давление;
- проводить функциональные пробы, физиопроцедуры, электрокардиографические исследования (после специальной подготовки);
- осуществлять подготовку больных к рентгеноскопии, рентгенографии, эндоскопическим исследованиям, операциям, лабораторным исследованиям;
- проводить сбор материала для лабораторного исследования,
- включая мазки из зева и половых органов;

- осуществлять дезинфекцию и подготовку к стерилизации (в случае необходимости) инструментов, оборудования, предметов ухода, закрепленных за постом;
- проводить (по назначению врача после специальной подготовки) кожные пробы;
- четко и грамотно вести закрепленную за постом медицинскую документацию;
- ассистировать врачу при различных процедурах и манипуляциях;
- проводить правильную подготовку трупов для передачи в патологоанатомическое отделение;
- владеть работой во всех манипуляционных кабинетах отделения.

Работа операционной медицинской сестры. На должность операционной сестры назначается лицо со средним медицинским образованием, прошедшее специальную подготовку по работе в операционно-перевязочном блоке. Назначается и увольняется главным врачом больницы по представлению главной медсестры в соответствии с действующим законодательством. Непосредственно подчиняется старшей операционной медсестре, в процессе подготовки к операции во время ее проведения - врачу-хирургу и его ассистентам, в период дежурства — дежурному врачу отделения (больницы). В своей работе руководствуется правилами инструкции по выполняемому разделу работы, распоряжениями и указаниями вышестоящих должностных лиц.

Обязанности операционной медицинской сестры. Старшая операционная медсестра распределяет работу между операционными медсестрами. Практика показывает, что для повышения ответственности и лучшей организации труда целесообразно выделить каждой медсестре определенный участок работы, например, одна медсестра отвечает за качество стерилизации, другая - за порядок в инструментальных шкафах и т.д. В наиболее ответственных операциях старшая операционная медсестра может принимать участие сама.

Операционная медсестра должна:

- в совершенстве владеть методикой приготовления как шовного, так и перевязочного материала;
- уметь помогать врачу при эндоскопических и лапароскопических исследованиях, овладеть техникой гемотрансфузии, а также других манипуляций;
- обеспечить полное оснащение операции;
- быть в постоянной готовности к плановым и экстренным операциям;
- подчиняться ответственному хирургу и не отлучаться с работы без разрешения старшего в дежурной бригаде (если операционная сестра входит в дежурную бригаду, состоящую из разных специалистов);
- отвечать за асептическую подготовку больного, поступающего на операцию, а также за асептику операционного блока — ей подчиняются все, кто находится в операционной,
- владеть техникой предстерилизационной подготовки и стерилизации всех видов материалов;
- знать все типичные операции, следить за их ходом и обеспечивать необходимую квалифицированную помощь хирургу;
- уметь правильно и своевременно подавать инструменты хирургу;
- вести строгий подсчет инструментов, салфеток, тампонов перед операцией, во время и после нее;
- наблюдать за тем, чтобы записи о проведенной операции были своевременными и сделаны по общепринятой форме в специальном операционном журнале;
- следить за сохранностью и исправностью оборудования, заботиться о пополнении и ремонте неисправного инвентаря, а также за абсолютной чистотой операционного блока и перевязочной;
- исправностью обычного и аварийного освещения; систематически пополнять операционную необходимыми медикаментами, перевязочными материалами и операционным бельем, подбирать нужные наборы инструментов;

Старшая операционная медсестра ежемесячно проводит проверку стерильности методом бактериологического контроля.

Работа медсестры в процедурном кабинете. Процедурный кабинет предназначен для забора крови на различные исследования, выполнения всех видов инъекций, внутривенных введений лекарственных веществ, подготовки к переливанию крови, ее компонентов, кровезаменителей.

Последовательность действий медицинской сестры:

1. подготовить емкости для дезинфекции использованного инструментария и материала;
2. сдать накануне подготовленные биксы с материалом в ЦСО;
3. доставить стерильные биксы из ЦСО;
4. приготовить маркированные лотки для в/в и в/м инъекций;
5. подготовить стерильные биксы к работе;
6. надеть маску, провести гигиеническую антисептику рук, надеть стерильные перчатки;
7. накрыть стерильные лотки стерильной пленкой с помощью стерильных пинцетов и разделить лоток на три условные зоны: 1 - зона, на которую с помощью пинцета выложить стерильные шарики, под верхний слой стерильной пленки; 2 - зона для стерильных шприцов, заполненных инъекционными растворами и закрытых иглой с колпачком; 3 - зона, в которую уложить стерильный пинцет для работы на лотке.
8. при заборе крови с вены рекомендуется после каждого пациента проводить смену перчаток и обработку валика, жгута дезинфицирующим раствором;
9. после окончания забора крови у всех больных сбросить пленку в мешок для грязного белья, перекрыть стерильный лоток.

Текущая уборка процедурного кабинета проводится в течение рабочего дня. Заключительная уборка - в конце рабочего дня, генеральная уборка - 1 раз в неделю, кварцевание кабинета - каждые 2 часа по 15 мин.

Работа перевязочной медсестры. Перевязочная - специально оборудованное помещение для производства перевязок, осмотра ран и проведения ряда процедур, выполняемых в процессе лечения ран. В перевязочной могут производиться также инъекции, трансфузии и небольшие операции (первичная хирургическая обработка небольших ран, вскрытие поверхностно расположенных гнойников и т.п.).

Современные перевязочные развертываются как в стационарах, так и в амбулаториях. Число перевязочных и столов определяется числом коек и профилем отделения. Площадь перевязочной исчисляется из расчета 15–20 м² на один перевязочный стол. Размеры амбулаторной перевязочной определяют в зависимости от предполагаемой пропускной способности учреждения. В перевязочной стены, пол и потолки должны быть удобными для механической очистки во время уборки.

Перевязочная оборудуется соответствующим набором предметов, оснащается необходимыми хирургическими инструментами, медикаментозными средствами и перевязочным материалом.

Перевязочная медсестра несет ответственность за соблюдение асептики в перевязочной, во время перевязок руководит ее работой. Рабочий день начинают с осмотра перевязочной. После этого медсестра получает список всех перевязок на день, устанавливает их очередность. Убедившись в готовности перевязочной, медсестра накрывает стерильный инструментально-материальный перевязочный стол (последовательность действий):

1. медсестра надевает маску, заправив перед этим волосы под шапочку, моет и обеззараживает руки, надевает стерильный халат и перчатки;
2. нажав на педаль, открывает бикс со стерильным бельем, достает стерильную простыню, разворачивает ее так, чтобы она осталась двухслойной, и ею покрывает передвижной столик;
3. на этот столик ставят сетку со стерильным инструментарием и другими предметами, извлеченными из стерилизатора;

4. перевязочный стол вначале покрывают стерильной клеенкой, затем в 4 слоя простынями так, чтобы края свисали на 30–40 см книзу;
5. верхнюю двухслойную простыню запрокидывают к задней части стола и к ней по углам крепят цапки или кровоостанавливающие зажимы;
6. стерильным корнцангом медсестра переносит инструменты из сетки на перевязочный стол и раскладывает их в определенном порядке по назначению;
7. на столе должны быть пинцеты, кровоостанавливающие зажимы, кусачки, иглодержатели, корнцанги, пуговчатые и желобоватые зонды, почкообразные тазы, шприцы, стаканы для растворов, катетеры, дренажи, ножницы, крючки Фарабефа, трех-четырёхзубчатые крючки, готовые наклейки, салфетки, турунды и шарики;
8. простыней, сложенной вдвое, медсестра закрывает перевязочный стол;
9. края нижней и верхней простыней скрепляют цапками сзади и с боков;
10. прикрепляют бирку в левом дальнем углу, на которой указывают дату, время накрытия стола и фамилию медсестры. Стол считается стерильным 1 суток.

Организация перевязок. Палатная медсестра и санитарка помогают больному снять верхнюю одежду и лечь на перевязочный стол, затем закрывают его чистой простыней. При перевязке должен присутствовать лечащий врач - наиболее ответственные перевязки он делает лично. Медицинский персонал после каждой перевязки моет руки с мылом, вытирает их стерильным полотенцем или простыней и обрабатывает спиртом при помощи спиртового шарика. Каждая перевязка осуществляется с помощью инструментов (последовательность действий):

- снимают старую повязку с помощью пинцетов; вдоль раны, придерживая сухим шариком кожу и не давая ей тянуться за повязкой, снимают ее поверхностные слои;

- присохнувшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода; прочно присохшую повязку на кисти и стопе лучше удалять после ванны из теплого 0,5% раствора перманганата калия;
- осматривают рану и окружающую ее область;
- кожу вокруг раны освобождают от гнойных корок стерильными марлевыми шариками, затем от края раны к периферии обрабатывают кожу вокруг раны спиртом;
- меняют пинцет; производят туалет раны стерильными салфетками (удаление гноя промоканием, смыванием перекисью водорода, раствором фурацилина и другими антисептиками);
- рану осушают стерильными салфетками;
- обрабатывают кожу вокруг раны 5% раствором йода;
- с помощью пинцета и зонда дренируют раны резиновыми трубками (тампонами и турундами, смоченными антисептиками или мазями на водорастворимой основе);
- накладывают новую повязку;
- фиксируют повязку наклейкой, бинтом.

После удаления старой повязки и окончания перевязки медсестра моет руки (в перчатках) с мылом, дважды их намыливая, ополаскивает проточной водой и вытирает индивидуальным полотенцем. Во время перевязок больных с нагноительными процессами медсестра надевает дополнительно клеенчатый фартук, который обеззараживается после каждой перевязки протиранием ветошью, смоченной 3% раствором хлорамина, 0,05% раствором нейтрального анолита, 0,6% раствором нейтрального гипохлорита натрия. Используемые перчатки сбрасываются в емкость с дезинфицирующим раствором, а руки подвергаются гигиенической обработке. Инструменты после перевязок также обеззараживают в растворах. Кушетка (стол для перевязок) обеззараживается после каждой перевязки ветошью, смоченной дезраствором. Использованный перевязочный материал перед уничтожением подвергается предварительному обеззараживанию в течение двух часов одним из дезрас-

творов: 3% раствором хлорамина, 0,5% активированным раствором хлорамина.

При лечении хирургических больных, имеющих дренажи в полых органах или гнойных полостях, уход за дренажной трубкой и раной вокруг нее производится врачом во время перевязки. Один раз в сутки постовая сестра меняет все соединительные трубки, которые подвергаются дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Банки с отделяемым меняют на стерильные. Содержимое банок сливают в канализацию. После опорожнения банки погружают в дезраствор, моют и стерилизуют. Банки для дренажной системы нельзя ставить на пол, их подвязывают к кровати больного или ставят рядом на подставки.

В структуре хирургического отделения необходимо иметь две перевязочные (для «чистых» и «гнойных» перевязок). Если перевязочная одна, обработку гнойных ран производят после проведения чистых манипуляций с последующей тщательной обработкой помещения и всего оборудования дезинфицирующими растворами.

Медсестра во время перевязок больных с нагноительными процессами надевает клеенчатый фартук, который после каждой перевязки протирает ветошью, смоченной в 0,25% растворе гипохлорита натрия, с интервалом 15 мин, с последующим временем воздействия 60 мин, и обрабатывает руки. В качестве средств для дезинфекции рук применяют 80% этиловый спирт, 0,5% раствор хлоргексидина биглюконата в 70% этиловом спирте, 0,5% (с 0,125% содержанием активного хлора) раствор хлорамина. Рабочий раствор указанных препаратов готовит аптека ЛПУ. Емкость с раствором устанавливают в перевязочной. При обеззараживании рук этиловым спиртом или хлоргексидином препарат наносят на ладонные поверхности кистей в количестве 5–8 мл и втирают его в кожу в течение 2 мин. Обработку рук растворами хлоргексидина производят в тазу. В таз наливают 3 л раствора. Руки погружают в препарат и моют в течение 2 мин. Раствор пригоден для 10 обработок рук.

Содержание ухода за больным в хирургии.

Особое значение в уходе за больными занимает уход за кожей. Функционирование сальных и потовых желез обеспечивает сохранение упругости и мягкости кожи. Но наравне с секретом данных желез на кожном покрове накапливаются пылевые частицы и микроорганизмы. Появление загрязнения кожи ведет к появлению зуда, в связи с чем можно выявить расчесы, ссадины, то есть нарушение ее целостности. Это способствует дальнейшему более глубокому проникновению микроорганизмов, ранее находившихся на поверхности. Медицинская сестра следит за тем, чтобы пациенты соблюдали правила личной гигиены. Больные, которые находятся на общем режиме, если противопоказания отсутствуют, могут мыться в ванне или под душем не реже 1-го раза в неделю. Тяжелым больным проводят мытье головы и ног в лежачем положении (приложение, рис. 5). После гигиенических процедур мочалки моют в воде и подвергают стерилизации кипячением в воде или автоклавированием.

Желательно использовать одноразовые мочалки, которые после использования уничтожают.

В состав мероприятий по гигиене кожи входит уход за наружными половыми органами и задним проходом. Важно производить подмывание заднего прохода и наружных половых органов два раза в день, а после акта дефекации - отдельно. Данную гигиеническую процедуру удобнее проводить при наличии восходящего душа, биде или подмыванием теплой водой с мылом.

Кроме подмывания наружных половых органов женщинам часто бывает нужно спринцевание. При этом берут кружку Эсмарха, которую подвешивают на штатив на высоту 1 метра над уровнем кровати. Возможно использование слабого раствора калия перманганата, натрия гидрокарбоната (2 чайные ложки на 1 литр воды) или лечебного раствора, назначенного врачом. После процедуры подмывания промежности медицинская сестра, раздвигая половые губы двумя пальцами левой руки, осторожно производит введение в

половую щель на глубину 6-7 см влагалищного наконечника. Удерживая наконечник, открывает кран и регулирует скорость движения раствора. Вся данная система (кружка Эсмарха, кран, резиновая трубка и наконечник) обязательно стерилизуются перед каждым применением. Медицинская сестра должна работать в стерильных перчатках.

Гигиенический уход за ногтями на руках и ногах предупредит появление заусенцев и трещин околоногтевых валиков, тогда как при редкой подстрижке ногтей на пальцах ног наступает их деформация, врастание ногтей. Больные еженедельно обязаны стричь ногти на пальцах рук и не реже 2 раз в месяц на пальцах ног. После использования ножницы и кусачки для ногтей погружают в дезинфицирующий раствор на 45 минут.

Уход за волосами заключается в ежедневном расчесывании, еженедельном мытье волос. При длительном нахождении мужчин в стационаре им нужно коротко стричь волосы и производить мытье головы не реже 1 раза в 7-10 дней. Женщинам, имеющим длинные волосы, необходимо ежедневно расчесывать их частыми гребешками, личными у каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещено. Короткие волосы следует расчесывать от корней к концам, а длинные, разделяя на параллельные пряди, медленно расчесывать от концов к корням. Хорошо вычесывает перхоть и грязь частый гребень, смоченный в растворе уксуса. Чтобы тщательно вымыть волосы, нужно применять различные шампуни, детское мыло или воду с хной. Необходимо уделять достаточное время гигиене полости рта, так как при обилии микроорганизмов возможно возникновение гнойных поражений слизистой оболочки, сопровождающихся неприятным запахом.

Уход за зубами. Ходячие больные дважды в день утром и вечером должны чистить зубы, а после каждого приема пищи ополаскивать рот слегка подсоленной водой или слабым (2%) раствором гидрокарбоната натрия. Бритвы, стаканы для чистки зубов, расчески необходимо каждый день дезинфицировать. Зубные щетки стерилизуют кипячением. Нельзя держать

предметы туалета в целлофановых мешках, так как вследствие повышенной влажности в них быстро возникают условия для размножения микрофлоры.

Уход за ушами. При ежедневном утреннем туалете больные осуществляют уход за носом и моют уши. При возникновении серных пробок в ушах медсестра должна их убрать ватным тампоном после предварительного закапывания 5-6 капель 3% перекиси водорода. При наличии большого количества серных пробок проводят спринцевание уха при помощи большого шприца Жане или резинового баллона. Больной садится перед медицинским работником боком, чтобы источник света хорошо освещал ухо пациента. В руки больному дается лоток, который он прижимает к шее под ушной раковиной. После этого медсестра левой рукой оттягивает ушную раковину назад и вверх, а правой производит введение конца шприца в наружный слуховой проход, направляя по его верхне-задней стенке струю раствора под давлением. Для проведения закапывания капель в ухо необходимо нагнуть голову больного в здоровую сторону. Мочку уха больного левой рукой немного оттягивают, а правой берут пипетку и считают капли, которые поступают в слуховой проход. После чего в ухо закладывается небольшой тампон из ваты на несколько минут.

Смена постельного и нательного белья в отделении должна проводиться регулярно, не реже 1 раза в неделю, чаще после гигиенических процедур, а также в случае загрязнения. Больным не разрешается использовать свое личное белье и полотенца. Если такое разрешение даст администрация больницы, необходимо белье менять и дезинфицировать в порядке, установленном для данного лечебного учреждения.

При смене белья важное значение имеет соблюдение принципа разделения грязного и чистого белья. При упаковке и транспортировке белья следует создать условия, которые бы не допустили контаминации чистого белья. Грязное белье собирают в мешки из плотной пленки, которая непроницаема для бактерий, или емкости с крышкой. Сортировку и разбор грязного

белья проводят вне отделения в специально выделенных для этого помещениях.

Чистое белье доставляется обратно только в специальной упаковке. Для транспортировки белья внутри больницы необходимо выбирать самый короткий и безопасный путь. После смены белья пол и предметы в палате нужно протереть дезинфицирующим раствором (1% хлорамин Б или 0,75% хлорамин В с 0,3% раствором моющего средства).

Обычно больничное белье подвергают одновременной стирке и дезинфекции. Эта работа производится централизованно в прачечных, оборудованных дополнительно дезинфекционными камерами, которые позволяют осуществить дезинфекцию матрацев, подушек, ковров и т.д.

Камерная дезинфекция очень важна для учреждений здравоохранения как часть противомикробных мероприятий, что необходимо для защиты населения от инфекционных заболеваний. Нательное и постельное белье необходимо подвергать стирке в прачечной с кипячением. Пижамы, цветное белье, халаты замачивают в дезрастворе (0,2% хлорамин Б на 4 часа, или на 2 часа в 0,5% дихлор, на 1 час в 0,05% дезоксон), а затем стирают в прачечной.

Количество продуктов питания в передачах ограничивается необходимым и только тем, что разрешено больному его диетой. В тумбочках оставляют только продукты длительных сроков хранения (сахарный песок, конфеты, печенье).

Продукты малых сроков хранения принимают только в количестве, которое можно использовать в течение 24 часов, помещают в холодильник в отдельный пакет, на котором указывают дату получения, номер палаты и фамилию пациента. Хранение продуктов в других местах, в палате, между окнами запрещается.

Санитарная подготовка больного к операции. В процессе лечения и его организации значительное место занимает предоперационный период. Это такой отрезок времени, который необходим для установления диагноза и приведения жизненно важных функций органов и систем к витальным уров-

ням. Предоперационную подготовку необходимо проводить с целью снижения уровня риска операции, предупреждения возможных осложнений. Предоперационный период может быть разным по длительности: очень коротким при проведении экстренных операций и относительно растянутым при плановых.

При подготовке к плановым операциям осуществляются все исследования, которые связаны с установлением диагноза, выявлением осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний, определением функционирования жизненно важных органов. При наличии показаний назначают медикаментозное лечение, направленное на изменение деятельности различных систем, чтобы привести к готовности организм больного к оперативному вмешательству. От характера и качества проведения предоперационного периода во многом зависит результат предстоящего лечения.

Плановые операции рекомендуется отложить при менструации, даже при незначительном подъеме температуры тела, легкой простуде, выявлении гнойничков на теле. Важна санация полости рта.

В обязанностях младшего и среднего медицинского персонала есть санитарная подготовка больного. Обычно ее начинают вечером накануне операции. Больному объясняется, что операцию проводят натощак. Накануне вечером больным дают легкий ужин, а утром ни есть, ни пить нельзя. Вечером если нет противопоказаний, всем больным делают очистительную клизму. После чего больной принимает гигиеническую ванну или душ, производится смена нательного и постельного белья. На ночь согласно назначениям врача больному дают снотворные или седативные средства.

Утром непосредственно перед оперативным вмешательством широко сбывают волосы с предполагаемого операционного поля и его окружности, учитывая возможное расширение доступа. Перед бритьем кожу необходимо протереть дезинфицирующим раствором и дать ей подсохнуть, а после бритья протереть спиртом. Данные процедуры не проводят заранее, так как возможно инфицирование полученных при бритье ссадин и царапин. Несколь-

ких часов достаточно для возникновения в них очага инфекции с последующим развитием послеоперационных осложнений.

Утром больной проводит гигиенические процедуры: умывается, чистит зубы. Зубные протезы нужно вынуть, их заворачивают в марлевую салфетку и кладут в тумбочку. На волосистую часть головы необходимо надеть шапочку или косынку. Женщинам, имеющим длинные волосы, заплетают косы.

После проведения премедикации больного доставляют в операционную обязательно на каталке в сопровождении медсестры, одетой в чистый халат, шапочку и маску. У тех больных, которые поступают по экстренным показаниям, выполняемый объем санитарной подготовки зависит от срочности предполагаемой операции и определяется дежурным врачом. Опорожнение желудка с помощью желудочного зонда и бритье волосяного покрова операционного поля являются обязательными мероприятиями.

Уход за больными в период пребывания в операционной и в послеоперационном периоде.

В операционную больного доставляют, как правило, лёжа на каталке, которая находится в хирургическом отделении. Перед оперблоком пациента перекадывают на каталку, которую за пределы операционной не вывозят. В тех случаях, когда это невозможно, колёса каталки из отделения протирают дезраствором и на ней подвозят больного непосредственно к столу. Если позволяет состояние больного, он активен, в сознании, то пациент сам перебирается на стол. Для этого каталку ставят вплотную к операционному столу. Один человек остаётся возле и удерживает её в таком состоянии, а другой переходит на противоположную сторону стола и помогает больному перебраться. Когда укладывает больного на стол один человек, то он остаётся у каталки и следит за тем, чтобы она не отъехала, и больной не упал на пол.

В зависимости от вида операции и области её выполнения существуют особенности положения больного на операционном столе. Горизонтальное положение на спине применяется наиболее часто. Оно удобно для большинства операций на желудочно-кишечном тракте, грудной клетке, конечностях.

Больного укладывают на операционный стол на плотный резиновый матрац, покрытый простыней; под голову кладут клеенчатую подушку. Больного обязательно фиксируют (привязывают). Обычно ноги выше колен фиксируют специальными ремнями или простыней. Одну руку привязывают, а другую оставляют свободной для контроля за пульсом. Фиксация необходима для того, чтобы воспрепятствовать неожиданным движениям больного и предотвратить его падение, особенно во время наркоза. Над изголовьем укрепляют дугу, которую закрывают стерильной простыней, чтобы ограничить дыхательные пути больного от операционной раны. При операциях на шее (трахеостомия, резекция щитовидной железы) больной лежит на спине. Под плечи ему подкладывают валик, благодаря чему голова запрокидывается. При операциях на желудке, поджелудочной железе, печени, желчных путях под поясницу подкладывают валик или выдвигают специальное приспособление, имеющееся в операционном столе. При удалении молочной железы больную слегка поворачивают на бок и отводят руку до прямого угла. Боковое положение больного требуется при ряде операций на органах грудной клетки. Руку больного фиксируют на специальной приставке. Верхний отдел туловища слегка приподнимают. В положении на боку производят операции на почках. В этих случаях под поясницу подкладывают валик, ногу, лежащую сверху, сгибают в коленном и тазобедренном суставах, а другую, прилежащую к столу, выпрямляют. Положение на животе применяется при операциях на позвоночнике, задней черепномозговой ямке, ягодицах. Голову больного укрепляют на специальной подставке или поворачивают в сторону. Положение с опущенным головным концом (положение Тренделенбурга) применяется при операциях на органах малого таза. В таком положении кишечник смещается в верхний отдел живота и не закрывает операционного поля. Наклон стола составляет до 45° , ножную секцию стола сгибают и к ней фиксируют ноги больного.

Промежностное (гинекологическое) положение придают больным при операциях на промежности, заднем проходе, влагалище. Больного укладыва-

ют так, что ягодицы его находятся на конце стола, ноги приподнимают, разводят и укладывают на специальные подставки. В зависимости от вида операции и числа членов операционной бригады их места могут меняться. Обычно при операциях на органах брюшной полости хирург стоит справа от больного, первый ассистент с противоположной стороны, второй - слева от хирурга, третий - справа от первого. При операциях на органах грудной клетки при положении больного на боку хирург находится со стороны спины больного, положение ассистентов - такое же, как указано выше. В зависимости от характера оперативного вмешательства операционная бригада располагается так, чтобы было максимально удобно производить операцию. Операционная медицинская сестра вместе со своим столиком обычно находится со стороны ножного конца операционного стола на расстоянии, удобном для подачи хирургу инструментария. Анестезиологическая бригада находится в головном конце операционного стола. При любой хирургической операции больного привязывают (фиксируют) к столу специальными лямками из кожи или сшитыми из материи. Руки обычно укладывают на специальную подставку или вдоль туловища и следят, чтобы край стола не давил на заднюю поверхность плеча, где проходит лучевой нерв и его ветви, сдавление которых приводит к параличу кисти и пальцев.

Перед операцией кожу в области предстоящего вмешательства обрабатывают антисептиком. Имеющийся на коже волосистой покров (даже пушкового типа) не позволяет выполнить обработку должным образом, поскольку на волосах и в потовых железах содержится большое количество грязи и микроорганизмов. В связи с этим область оперативного вмешательства бреют. Во время бритья удаляют волосы и поверхностный слой слущивающегося эпителия, который тоже содержит патогенные микробы. Обычно волосы сбривают в палате.

Иногда больного доставляют в оперблок в тяжёлом состоянии по экстренным показаниям, и брить его приходится в предоперационной. В операционной это делать запрещено. Во время операции нередко расширяют раз-

рез, поэтому волосы сбривают, выходя за пределы зоны оперативного вмешательства. Например, перед операцией на органах живота волосы бреют на всей передней брюшной стенке, включая лобок. При операциях на желудке, печени и других органах верхнего этажа брюшной полости у мужчин необходимо сбривать волосы на грудной клетке до уровня сосков. При введении больного в наркоз может произойти попадание инородного тела (зуб, рвотные массы) в дыхательные пути, в результате развивается удушье (асфиксия) или аспирационная пневмония. Для предупреждения этого осложнения вынимают съёмные зубные протезы, выявляют шатающиеся зубы, и помнят о них при манипуляциях в полости рта ларингоскопом и интубационной трубкой. Наконец, необходимо соблюдать правило: лучше лишний раз опорожнить желудок с помощью зонда, чем подвергать больного опасности.

Для проведения инфузионной терапии во время операции обычно используют вену локтевого сгиба, пунктируя её с соблюдением правил асептики. При сложных операциях, когда требуется переливание больших объёмов жидкости, катетеризируют магистральную (подключичную или яремную) вену.

В течение всей операции наблюдают за больным и ведут карту анестезии, в которой каждые 5-10 минут фиксируют функциональное состояние жизненно важных органов и систем (пульс, артериальное давление и другие показатели), основные этапы операции и введения медикаментозных средств (в том числе анестетиков, миорелаксантов), а также все имевшиеся осложнения. Заполнение документации не должно отвлекать персонал и не быть во вред больному.

Организуя уход за больными хирургического профиля, необходимо иметь в виду, что любое оперативное вмешательство сопровождается развитием у них стресса, и большинство операций выполняют под общим обезболиванием. Оба обстоятельства требуют пристального внимания к больному в ближайшие часы после операции.

При полном восстановлении сознания, стабилизации дыхания и гемодинамики больного можно перевести в профильное отделение. В том же случае, когда имеется малейшее сомнение или вероятность возникновения осложнения пациента переводят в послеоперационную (послеанаркозную) палату, которая должна непосредственно примыкать к оперблоку. Если же такой палаты нет, то больного транспортируют в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Пациента перевозят на каталке в сопровождении врача-анестезиолога, проводившего наркоз. Во время транспортировки может возникнуть остановка сердечной деятельности и дыхания, при которых тотчас проводят реанимационные мероприятия. В палате больного укладывают на бок, тем самым в случае рвоты предупреждают попадание рвотных масс, слюны или слезы в дыхательные пути. После восстановления защитных рефлексов и сознания пациенту придают нужное положение. Больного, находящегося в состоянии возбуждения, фиксируют мягкими лямками. Затем подключают оборудование для мониторингового слежения. Наблюдение за больными организует анестезиолог-реаниматолог и проводит сестра-анестезистка.

Главными задачами ведения больных в ближайшее время после операции являются:

- предупреждение дыхательной недостаточности;
- предупреждение нарушений кровообращения и гомеостаза;
- купирование болевого синдрома;
- предупреждение инфекционных осложнений.

В послеоперационном периоде может наблюдаться угнетение дыхания вследствие продолжающегося действия веществ, которые использовались при проведении наркоза (анестетики, наркотические анальгетики, миорелаксанты). Слабое диафрагмальное дыхание и парадоксальные движения грудной клетки являются показаниями для проведения искусственной вентиляции легких. Восстановление синхронных дыхательных движений груди и живота (диафрагмальное дыхание), а также достаточная сила мышц, когда больной

может пожать руку, приподнять голову и удержать её в таком положении в течение не менее 2 секунд свидетельствует о прекращении влияния лекарственных веществ.

В период выхода больного из наркоза может наблюдаться кислородное голодание (гипоксия), важнейшим признаком которого является цианоз (синеватый оттенок) кожи, но его отсутствие не исключает гипоксию. Главная причина гипоксии - нарушение свободной проходимости дыхательных путей. Особенно опасна рвота и регургитация желудочного содержимого. Рвота возникает вследствие действия анестетиков и наркотических анальгетиков, а также в результате гипоксии во время анестезии и в тех случаях, когда желудок переполнен. Когда больной лежит горизонтально или с опущенным головным концом может произойти регургитация (течение жидкости в направлении противоположном физиологическому) желудочного содержимого, т.е. пассивное его затекание в ротовую полость.

При попадании рвотных масс в дыхательные пути, т.е. при их аспирации, может произойти окклюзия бронхиального дерева. У больных возникает механическая асфиксия, которая заканчивается остановкой дыхания и смертью. Это осложнение предупреждают путем опорожнения желудка с помощью зонда до операции, и по окончании вмешательства ещё раз удаляют содержимое из желудка. Укладывая больного после операции в положение на бок, предупреждают аспирацию желудочного содержимого, а также западание языка, которое тоже может привести к асфиксии. Такое положение полностью не исключает возникновение указанных осложнений и является стандартным при транспортировке больных без сознания. В качестве исключения оно применимо, когда при выведении больного из наркоза недостаточно восстановлены защитные рефлексы. Для того чтобы язык не западал, пользуются воздуховодом или прибегают к так называемому тройному приёму Сафара (запрокидывание головы назад, выдвигание нижней челюсти вперёд и приоткрывание рта).

В случае возникновения этого осложнения головной конец тела больного опускают вниз. Затем салфеткой или отсосом очищают рот. Трахею освобождают от рвотных масс надавливанием с боков на грудную клетку. Больного интубируют и малыми порциями промывают бронхиальное дерево раствором питьевой соды с отсасыванием жидкости, либо выполняют санационную бронхоскопию.

Усиление боли в зоне операции ограничивает глубину дыхания и препятствует откашливанию мокроты. Недостаточная же вентиляция легких, в том числе при закупорке бронхиол слизью, приводит к формированию ателектаза, когда часть легкого теряет воздушность, спадается и здесь развивается воспаление. Для предупреждения этого необходимо рациональное обезболивание. Важна дыхательная гимнастика, каждый час больной должен делать 5 глубоких вдохов и выдохов, также самостоятельная или с помощью персонала перемена положения тела, ранние активные движения вплоть до вставания и массаж груди. При отхождении мокроты раз в 3-4 часа на несколько минут больному придают постуральное положение (на том или ином боку, на спине), при котором слизь хорошо перемещается в крупные бронхи и относительно легко откашливается. При большом количестве мокроты проводят прямую ларингоскопию, через тонкий катетер аспирируют слизь.

Нарушения кровообращения в послеоперационном периоде часто связано с гиповолемией (уменьшением жидкости в организме), которая существует до или возникает во время операции и после неё. С целью профилактики этих нарушений восполняют недостающую жидкость путем переливания электролитных растворов и плазмозаменителей. Для определения необходимого объема инфузий ведут точный учет выделенной жидкости с мочой, калом, рвотными массами, через дренажи, свищи, желудочный и кишечный зонд. Для проведения инфузионной терапии выполняют венепункцию или венесекцию.

Наиболее оптимальна катетеризация магистральной вены. Катетер может быть проводником инфекции, поэтому необходимо своевременно менять

загрязнившийся материал, которым фиксируют его к коже. При флебите инфузии в эту вену прекращают и катетер удаляют. Венозный катетер тромбируется, тромбы образуются вокруг него. Отрыв тромба приводит к тромбоэмболическим осложнениям, во избежание которых катетер регулярно, 2-3 раза в сутки, промывают физиологическим раствором с гепарином.

При обезвоживании наблюдается отрицательное центральное венозное давление, его присасывающее действие способствует попаданию воздуха через капельницу в сосудистое русло и возникновению воздушной эмболии. Для её профилактики во время инфузий следят за отсутствием пузырьков воздуха в системе и за её герметичностью в месте соединения с катетером. После окончания вливаний канюлю катетера закрывают специальной пробкой-заглушкой.

У больных в послеоперационном периоде можно выделить активное, пассивное и вынужденное положение.

Активное положение наблюдается у больных со сравнительно легкими заболеваниями или в начальной стадии тяжелых заболеваний. Больной самостоятельно изменяет положение в кровати, садится, встает, ходит. Пассивное положение наблюдается, когда больной в бессознательном состоянии и, реже, в случае крайней слабости. Больной неподвижен, находится в положении, которое ему придают, голова и конечности свешиваются в силу их тяжести. Тело сползает с подушки к нижнему концу кровати. Данные больные нуждаются в особом наблюдении со стороны медперсонала. Требуется время от времени изменять положение тела, отдельных его частей, что очень важно для профилактики осложнений - развития пролежней, гипостатической пневмонии и т.д.

Вынужденное положение больной принимает для прекращения или ослабления собственных болезненных ощущений (боль, одышка, кашель).

При общем режиме уход за больными после операции сводится в основном к организации и контролю за соблюдением гигиенических мероприятий. Тяжелым больным, находящимся на постельном режиме, нужна помощь

по уходу за телом, бельем и в осуществлении физиологических отправления. В компетенции медицинского персонала находится создание для больного функционально выгодного положения, способствующего скорейшему выздоровлению и профилактике осложнений. Так, после операции на органах брюшной полости рекомендовано положение с поднятым головным концом и немного согнутыми коленями, что способствует расслаблению брюшного пресса и обеспечивает покой для операционной раны, благоприятные условия для дыхания и кровообращения.

Для придания больному функционально выгодного положения возможно использование специальных подголовников, валиков. Функциональные кровати, которые состоят из трех подвижных секций, позволяющих с помощью ручек плавно и бесшумно придавать больному удобные положения в постели, также имеют колесики для передвижения.

Необходимым элементом ухода за тяжелыми больными является профилактика пролежней. Пролежень - это омертвление кожи, подкожной клетчаткой, других мягких тканей, развивающееся в результате их длительного сдавления, нарушения местного кровообращения и нервной трофики. Пролежни чаще формируются у тяжелых, ослабленных больных, тех, кто вынужден длительное время находиться в горизонтальном положении: при положении на спине - в области крестца, лопаток, локтей, пяток, на затылке; при положении больного на боку - в области тазобедренного сустава, в проекции большого вертела бедренной кости.

Возникновению пролежней способствует неудовлетворительный уход за больными: неопрятное состояние постели и нательного белья, неровный матрац, крошки продуктов питания в постели, длительное нахождение пациента в одном положении. При формировании пролежней сначала на коже появляется покраснение кожи, болезненность, позднее слущивается эпидермис, иногда образуются пузыри. Далее идет омертвление кожи, которое распространяется в глубину и в стороны с обнажением мышц, сухожилий, надкостницы.

Для профилактики образования пролежней каждые 2 часа надо менять положение, поворачивая больного, при этом места наиболее вероятного появления пролежней осматривают, протирают камфорным спиртом или другим дезинфицирующим средством, кроме того, проводят легкий массаж - поглаживание, похлопывание.

Постель больного должна быть опрятной, сетка хорошо натянута, с ровной поверхностью, поверх сетки кладется матрац без бугров и впадин, а на него чистая простыня, края которой надо подвернуть под матрац, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки.

Для тех больных, которые страдают недержанием мочи, кала, при значительном отделяемом из ран нужно подкладывать клеенку на всю ширину кровати и хорошо подгибать ее края для предупреждения загрязнения постели. Сверху постилают пеленку, производят ее смену по мере надобности, но не реже, чем каждые 1-2 дня. Мокрое, загрязненное белье сразу меняют.

Под крестец больного кладут резиновый надувной круг, покрытый пленкой, а под пятки и локти - ватно-марлевые круги (приложение, рис. 6). Очень эффективно и удобно использование противопролежневого матраца, состоящего из множества надувных секций, давление воздуха в которых периодически волнообразно изменяется. Это изменяет давление на различные участки кожи, тем самым, производя массаж, улучшает кровообращение кожи. При возникновении начальных поверхностных поражений кожи проводят их обработку 5% раствором перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Лечение глубоких пролежней ведется по принципу лечения гнойных ран, согласно назначениям врача.

Смена постельного и нательного белья проводится регулярно, не реже одного раза в неделю, после гигиенической ванны. В отдельных случаях смена белья проводится еще и по мере необходимости.

В зависимости от состояния больного есть разные способы смены постельного и нательного белья. Если больному разрешается сидеть, то его пересаживают с постели на стул, а младшая медсестра перестилает постель.

Смена простыни у тяжелого больного требует от персонала определенных навыков. В случае, если больному разрешается поворачиваться на бок, необходимо сначала осторожно приподнять его голову и убрать подушку, после чего нужно помочь больному повернуться на бок. На свободной половине кровати, находящейся со стороны спины больного, необходимо скатать грязную простынь, чтобы она в виде валика легла вдоль спины у больного. На освободившееся место кладут чистую, также наполовину скатанную простыню, которая в виде валика ложится рядом с валиком грязной простыни. После чего больному помогают лечь на спину, повернуться на другой бок, вследствие чего он остается лежащим на чистой простыне, повернувшись лицом к противоположному краю кровати. После этого убирается грязную простыню и расправляется чистая.

В случае, когда больному совсем запрещено двигаться, можно сменить простыню другим способом. Для этого начиная с нижнего конца кровати, скатывают грязную простыню под больного, поднимая поочередно его голени, бедра и ягодицы. Валик грязной простыни при этом будет находиться под поясницей больного. Скатанную поперечно чистую простыню кладут на ножной конец кровати и расправляют по направлению к головному концу, также поднимая нижние конечности и ягодицы больного. Валик чистой простыни окажется у валика грязной - под поясницей. Затем санитар слегка поднимает голову и грудь больного, другой убирает грязную простыню, а на ее месте расправляет чистую.

Указанные способы смены простыни при всей ловкости ухаживающих причиняют много беспокойств больному, вследствие чего иногда бывает удобнее положить больного на каталку и перестелить постель, тем более что и в том и другом случае заниматься этим приходится вдвоем.

При отсутствии каталки больного вдвоем перекадывают на край кровати, затем расправляют на освободившейся половине матрац и простыню, после чего перекадывают больного на убранную половину постели, то же самое проделывают с другой стороны.

При смене нательного белья у тяжелого больного медсестре нужно подвести руки под крестец больного, захватить края рубашки и аккуратно подвести ее к голове, затем поднимают обе руки больного и скатанную рубашку у шеи переводят через голову больного. После этого можно освободить руки больного. Одевание больного производится в обратном порядке: надевают рукава рубашки, затем перекидывают ее через голову, и расправляют под больным.

При появлении гнойных выделений, которые склеивают ресницы, глаза промывают стерильными марлевыми тампонами, смоченными в теплом 3% растворе борной кислоты. При этом движения тампона производят в направлении от наружного края к носу. Для закапывания капель в глаз нужно пользоваться глазной пипеткой, причем для разных капель должны быть разные стерильные пипетки. При процедуре больной запрокидывает голову и смотрит вверх, медсестра, оттягивая нижнее веко и, не касаясь ресниц, не поднося пипетку к глазу ближе, чем на 1,5 см, закапывает 2-3 капли в конъюнктивальную складку одного, а затем другого глаза.

Глазные мази нужно закладывать специальной стерильной стеклянной палочкой. Веко больного оттягивают вниз, за него закладывают мазь, после чего мягкими движениями пальцев растирают ее по слизистой оболочке.

При наличии выделений из носа их нужно удалять ватными турундами, введя их в носовые ходы легкими вращательными движениями. При формировании корочек необходимо предварительно закапать в носовые ходы по несколько капель глицерина, вазелинового или растительного масла, спустя несколько минут корочки удаляют ватными турундами. Серу, которая скапливается в наружном слуховом проходе, следует осторожно удалять ватным тампоном, предварительно закапав 2 капли 3% раствора перекиси водорода. Закапывая капли в ухо, голову больного нужно наклонить в противоположную сторону, а ушную раковину оттянуть назад и вверх. После закапывания капель больной остается в положении с наклоненной головой 1-2 минуты. Для удаления серы из ушей запрещено пользоваться жесткими предметами

из-за опасности повреждения барабанной перепонки, ведущего к снижению слуха.

Из-за своего малоподвижного состояния тяжелые больные нуждаются в помощи для осуществления своих физиологических отправлений. При необходимости опорожнения кишечника больному, находящемуся на строгом постельном режиме, подают судно, а при мочеиспускании - моче-приемник. Судно может быть резиновым или металлическим с эмалевым покрытием. Резиновое судно применяется при наличии пролежней, для ослабленных больных, при недержании кала и мочи. Не нужно туго надувать судно, иначе оно будет оказывать на крестец значительное давление. Подавая судно в кровать, следует подложить под него клеенку. Перед подачей судно ополаскивается горячей водой. Больной должен согнуть ноги в коленях, медсестра левую руку подводит сбоку под крестец, помогая больному приподнять таз, а правой рукой помещает судно под ягодицы больного так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна, прикрывает больного одеялом и оставляет его одного. После дефекации судно извлекаются из-под больного, содержимое выливают в унитаз. Судно тщательно промывают горячей водой, дезинфицируют 1% раствором хлорамина или хлорки в течение часа.

После каждого акта дефекации и мочеиспускания больных нужно подмыть, так как иначе в области паховых складок и промежности возможны мацерация и воспаление кожи.

Подмывание проводят слабым раствором перманганата калия или другим дезинфицирующим раствором, температура которого 30-35° С. Для подмывания необходимо иметь кувшин, корнцанг и стерильные ватные шарики. При подмывании женщина лежит на спине, согнув ноги в коленях и немного разведя их в бедрах, под ягодицы подкладывают судно. В левую руку медсестра берет кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и поливает воду на наружные половые органы, в то же время корнцангом с зажатым в него ватным тампоном производят движения от половых органов к заднему проходу, т.е. сверху вниз. После чего сухим ватным тампоном протирают кожу в

том же направлении, чтобы не занести инфекцию с области заднего прохода на наружные половые органы и в мочевой пузырь. Подмывание можно осуществлять из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой, зажимом и влагалищным наконечником, направляя на промежность струю воды или слабого раствора перманганата калия. Значительно проще подмывать мужчин. Положение пациента на спине, ноги согнуты в коленях, под ягодицы подкладывается судно. Ватой в корнцанге насухо вытирают промежность, смазывают вазелиновым маслом для предупреждения опрелости.

Локальным результатом любой операции является рана, характеризующаяся тремя важнейшими признаками: зияние, боль, кровотечение.

Раневой процесс - механизм, направленный на заживление раны. Суть его заключается в удалении дефекта тканей и купировании симптомов раны. Этот процесс проходит в своем развитии три фазы: воспаление, регенерация, реорганизация рубца.

Первая фаза раневого процесса - воспаление - направлена на очищение раны от нежизнеспособных тканей, инородных тел, микроорганизмов, сгустков крови и т.п. Клинически эта фаза имеет симптомы характерные для любого воспаления: боль, гиперемия, отек, нарушение функции.

Постепенно эти симптомы стихают, и на смену первой приходит вторая фаза - регенерации, суть которой заключается в заполнении дефекта раны молодой соединительной тканью. В конце этой фазы начинаются процессы констрикции (стягивания краев) раны за счет волокнистых соединительнотканых элементов и краевой эпителизации.

Третья фаза раневого процесса - реорганизации рубца, характеризуется его укреплением.

Исход лечения при хирургической патологии во многом зависит от правильного наблюдения и ухода за послеоперационной раной.

Основным мероприятием, направленным на предупреждение контактной инфекции, является стерилизация всех предметов, которые могут сопри-

касаться с поверхностью раны. Стерилизации подлежат инструменты, перевязочный материал, перчатки, белье, растворы и др.

Непосредственно в операционной после наложения швов на рану она обрабатывается раствором антисептика (йод, йодонат, йодопирон, бриллиантовый зеленый, спирт) и закрывается стерильной повязкой, которая плотно и надежно фиксируется путем бинтования или с помощью клея, лейкопластыря. Если в послеоперационном периоде повязка сбилась или промокла кровью, нужно немедленно поставить в известность лечащего или дежурного врача, который после осмотра дает указание сменить повязку.

Одной из особенностью ведения больных в хирургическом отделении заключается в необходимости борьбы с болевым синдромом. Интенсивность болей зависит от пола пациента, возраста, от характера раны, ее размера и локализации. Больные различно воспринимают боль и индивидуально реагируют на нее. Интенсивная боль может быть пусковым моментом в развитии болевого шока.

Местное воздействие холода оказывает анальгезирующий эффект. В течение первых 12 часов после операции на область раны кладут пузырь со льдом. Известно, что холод вызывает сокращение сосудов кожи и подлежащих тканей, что способствует тромбообразованию и предупреждает развитие гематомы в ране.

При наполнении пузыря водой необходимо, прежде, чем завинтить крышку, из пузыря, вытеснить воздух. Затем пузырь помещают в морозильную камеру до полного замораживания. Под пузырь следует подложить полотенце или салфетку. Укладывать пузырь со льдом непосредственно на кожу нельзя. Для уменьшения боли очень важно после операции придать пораженному органу или участку тела правильное положение, при котором добиваются максимального расслабления окружающих мышц и функционального комфорта для органов.

Для облегчения болевого синдрома после операций на органах брюшной полости необходимо создать положение с приподнятым головным кон-

цом и слегка согнутыми коленями. Эта мера способствует созданию благоприятных условий для дыхания и кровообращения, обеспечивает расслабление мышц брюшной стенки, обеспечивает покой операционной ране, снижает болевой синдром и препятствует развитию некоторых осложнений.

После операций на руках и ногах оперированные конечности должны находиться в среднефизиологическом положении. Это положение обеспечивает уравнивание действий мышц-антагонистов. Среднефизиологическим положением для верхней конечности является отведение плеча до угла 60° и сгибание до $30-35^\circ$ при этом угол между предплечьем и плечом должен составлять 110° . Оптимальным положением для нижней конечности является сгибание в коленном и тазобедренном суставах до угла 140° , а стопа должна находиться под углом 90° к голени. Иммобилизацию осуществляют с помощью шин, лонгет или фиксирующей повязки.

Особенности питания пациентов в хирургическом отделении.

Лечебное питание – научно обоснованная система организации питания и дифференцированного использования с лечебной или профилактической целью определенных пищевых продуктов и их сочетаний, которые достаточны для энергообеспечения организма.

Для быстрого заживления ран и выздоровления пациентов необходимо сбалансированное питание. Его отсутствие замедляет заживление раны, приводит к развитию госпитальной инфекции. Полноценное питание является важнейшей составной частью качественного лечения хирургического больного. Сбалансированное питание - поступление достаточного количества питательных веществ в соответствии с энергозатратами, которые повышаются при патологическом состоянии в связи с увеличением основного обмена. Оптимальным соотношением этих веществ является суточное поступление белков – 13-17%, жиров – 30-35%, углеводов – 50-55%.

Помимо белков, жиров и углеводов в рацион питания обязательно входят витамины, микроэлементы и вода. Их количество учитывается при составлении соответствующих диет. В зависимости от заболевания выбирают

необходимый пищевой рацион и путь поступления питательных веществ в организм. Выделяют два способа доставки пищи – естественный и искусственный.

При естественном питании лечащий врач назначает соответствующую диету или стол. В нашей стране существует единая номерная система диетического питания по Н.И. Певзнеру, включающая 15 основных диет. Каждая из них содержит указания о показаниях к применению, цель назначения, общую характеристику главных особенностей химического состава, набора продуктов и их кулинарной обработки, о химическом составе и энергетической ценности, режиме питания, о перечне допустимых и противопоказанных блюд и продуктов, а также о некоторых способах их приготовления.

Количество диет, которые применяются в лечебно-профилактическом учреждении, зависит от местных условий и, главным образом, от профиля обслуживаемого контингента.

Диета N 0-а назначается на 2-3 дня. Она включает желеобразные и жидкие блюда, свободную жидкость 1,8-2,2 л с температурой пищи не выше 45°C. Пищу употребляют 7-8 раз в сутки с объемом не более 200-300 г за один прием. Разрешают обезжиренный мясной бульон, рисовый отвар с добавлением сливочного масла, ягодный кисель, процеженный компот, настой шиповника с сахаром, свежеприготовленные фруктово-ягодные соки, чай с лимоном. Спустя 2-3 дня при улучшении состояния добавляют яйцо всмятку, 50 мл сливок. Запрещают плотные и пюреобразные блюда, газированные напитки, цельное молоко.

Диета N 0-б назначается на 2-4 дня после N0-а. В нее дополнительно включают жидкие протертые каши из геркулеса, гречи и риса, сваренные на мясном бульоне или воде, слизистые крупяные супы на овощном отваре, паровой белковый омлет, паровое суфле или пюре из нежирной рыбы или мяса. Пищу дают не более 350-400 г на прием 6 раз в сутки.

Диета N 0-в является продолжением предыдущего диетического питания и служит для плавного перехода к физиологически полноценному упот-

реблению пищи. В эту диету входят супы-кремы и супы-пюре, приготовленные на пару блюда из протертого отварного мяса, курицы или рыбы, свежий творог, кисломолочные напитки, протертые овощные и фруктовые пюре, 50-75 г белых сухарей. В кашу можно добавлять молоко. Пища дается 6 раз в сутки.

Диета N 1-а назначается через 6-7 дней после операций на желудке. Согласно этой диете пищу готовят в жидком и полужидком виде и принимают её равномерными порциями каждые 2-3 часа. Для приготовления блюд (паровое суфле или пюре) нежирных видов рыбу или сорта мяса средней упитанности. Употребляют цельное молоко, сливки, несоленое сливочное масло, молочные жидкие каши из протертых круп или детского питания, гомогенизированные овощи, молочный суп, слизистые отвары на молоке, кисели, желе из некислых ягод, некрепкий чай, отвар шиповника. Исключают вещества, возбуждающие секрецию желудка, горячие и холодные блюда,.

Диета N1 показана после операций на желудке как переходное питание от диеты N1-а к физиологически полноценной пище. Она предназначена для уменьшения воспалительной реакции и заживления слизистой путем ограничения термических, химических и механических раздражителей.

Для приготовления пищи используют нежирные сорта мяса и виды рыбы. Разрешено употреблять паровые котлеты, биточки, суфле, пюре, зразы, заливное на овощном отваре. Из молочных продуктов рекомендуют некислый протертый творог, сметану, неострый сыр, вареники, сырники, полувязкую кашу на молоке, пудинг, паровую яичницу или омлет. Нельзя использовать блюда в горячем и холодном виде, почти все колбасные изделия, острую и соленую пищу, крепкие бульоны, копчености, кислы и недоспелые ягоды и фрукты, шоколад, мороженое, квас, черный кофе.

Диета N 5-а используется при остром холецистите через 3-7 дней от начала заболевания, на 5-6 сутки после операций на желчевыводящих путях и при остром панкреатите. Употребляемая механически и химически щадящая пища поддерживает функциональный покой всех органов пищеварения.

Блюда готовят вареными или протертыми, подают в теплом виде. Пищу нужно принимать 4-6 раз в день.

Необходимо исключить продукты, богатые экстрактивными веществами и грубой клетчаткой, жирные и жареные блюда, копчености, грибы, холодную закуску, свежий и ржаной хлеб, сдобное и слоеное тесто, мороженое, пряности, какао, шоколад, черный кофе, газированные и холодные напитки.

Диету N 9 используют при сахарном диабете. Она нормализует углеводный обмен. При этой диете энергетическая ценность снижается за счет уменьшенного содержания в пище углеводов и жиров. Исключается из рациона сахар и сладости, вместо них используют заменители, умеренно ограничена поваренная соль. Среди исключаемых продуктов жирные сорта мяса и рыбы, соленые сыры, рис, манная крупа и макароны, изделия из сдобного и слоеного теста, соленые и маринованные овощи, виноград, изюм, бананы, сахар, мед, варенье, конфеты, мороженое, сладкие соки.

Диета N 11 назначается при истощении организма после операции или травмы в случае отсутствия болезней пищеварительной системы, направлена на повышение защитных сил организма и улучшение состояния питания. Используемые при этом продукты содержат увеличенное количество белков, витаминов, минеральных веществ. Кулинарная обработка и температура пищи обычная. Питание осуществляется 5 раз в сутки с употреблением свободной жидкости до 1,5 литров. Рекомендуются продукты очень разнообразны, начиная от мясных и рыбных блюд и кончая различными мучными изделиями. Исключение составляет очень жирное мясо и птица, бараний, говяжий и кулинарный жиры, острые и жирные соусы, торты и пирожные с большим количеством крема.

Диета N 15 используется при различных заболеваниях, не требующих специального лечебного режима питания, а также в качестве переходного к обычному питанию после использования других диет. Её целью является обеспечение физиологически полноценного питания. Белки, жиры и углеводы содержатся в количестве, необходимом для здорового человека, не заня-

того физическим трудом, а витамины – в повышенном количестве. Температура пищи и её кулинарная обработка обычные. Свободную жидкость не ограничивают. Пищу употребляют 4-5 раз в день. Рекомендуется ежедневное использование кисломолочных продуктов, свежих овощей и фруктов, соки, отвар шиповника. Ограничивают специи, и исключают жирные сорта мяса, говяжий, бараний, свиной и кулинарный жиры. В зависимости от вида диеты и состояния пациента кормление пациента может осуществляться с ложки или из поильника (приложение, рис. 7).

После некоторых хирургических вмешательств и при многих заболеваниях естественное употребление пищи невозможно. В этих случаях используют искусственное питание: энтеральное (через зонд или стому), парентеральное и комбинированное.

Энтеральное (зондовое) питание осуществляется через зонд, заведенный в желудок или в тонкую кишку. У хирургических больных оно показано при: нарушении сознания вследствие черепно-мозговой травмы или тяжелой интоксикации; наличии механических препятствий в полости рта, глотки и пищевода (опухоли и стриктуры); состоянии, сопровождающемся повышенным катаболизмом (сепсис, ожоговая болезнь, политравма); анорексии любого происхождения.

Зондовое питание противопоказано при:

- нарушениях переваривания и всасывания тонкой кишки;
- остром кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- неустранимой рвоте и диарее;
- динамической кишечной непроходимости;
- парезе кишечника после хирургических вмешательств;
- аномалии развития желудочно-кишечного тракта.

Для зондового питания используют смеси, приготовленные только что из жидких продуктов (сливки, молоко, бульоны, яйца, соки) в сочетании с легкорастворимыми (сухое молоко, сахар, крахмал) или измельченными (мясо, рыба, творог) компонентами. Высоко калорийны и удобны смеси из про-

дуктов детского питания, гомогенизированные консервированные смеси из натуральных продуктов, а также промышленно изготовленные быстрорастворимые смеси из белков, жиров и углеводов растительного происхождения.

В тех случаях, когда невозможно провести зонд в желудок, например при опухоли пищевода, выполняют операцию гастростомии. В искусственно созданный свищевой ход вводят трубку, через которую осуществляют питание больного. Для этого используют жидкую питательную смесь (трубчатый стол). Питание через гастростому начинают на второй день после операции. В желудок одновременно вводят с помощью шприца Жане или самотеком через воронку, соединенную с трубкой, по 100-150 мл смеси через каждые 2-3 часа. После каждого кормления трубку промывают водой и на нее накладывают зажим. Спустя 5-7 дней разрешается применять кашицеобразную пищу по 400-500 мл 4-5 раз в сутки. Для приготовления смеси рекомендуют те же пищевые субстраты, которые используются для питания через зонд.

В связи с тем, что между трубкой и стенкой свищевого хода существует зазор, который практически невозможно полностью герметизировать, наблюдается подтекание желудочного содержимого вдоль трубки, и кожа вокруг гастростомы подвергается мацерированию. Присоединение же инфекции чревато развитием в этом месте гнойного воспаления. Для его профилактики необходим тщательный уход за гастростомой. После каждого кормления в области стомы выполняют туалет кожи, протирая её ватным или марлевым тампоном, смоченным 0,1-0,5% раствором перманганата калия. Тщательно осушив кожу, на её поверхность наносят слой пасты Лассара и накладывают асептическую повязку.

При некоторых заболеваниях желудка (тотальное поражение опухолью, химический ожог) с целью кормления накладывают еюностому – тонкокишечный свищ. Через трубку в кишечник вводят питательные смеси, химический состав которых приближается к химусу здорового человека. Первоначально используют солевой раствор с добавлением глюкозы, которая стимулирует всасывание этих веществ. Спустя 3-4 дня в энтеральное питание до-

бавляют белковые растворы (гидролизин, аминокептид) И, наконец, последним этапом приспособительной программы питание является подключение жировых эмульсий (липозин).

Уход за энтеростомой осуществляется аналогичным образом, как при гастростоме. Наибольшую опасность представляет несостоятельность швов, которыми фиксируют стенку желудка или кишки к париетальной брюшине. В этом случае происходит их отхождение от передней брюшной стенки и затекание желудочного или кишечного содержимого в полость живота с развитием перитонита. Лечат такое осложнение только оперативно.

Особенности ухода за больными с ожогами и отморожениями.

Термическое повреждение - это вид травмы, возникшей вследствие действия высокой, (ожоги, ожоговая болезнь) и низкой (отморожение, ознобление) температуры. По виду фактора, который вызвал повреждение, можно подразделить ожоги: термические, электрические, химические и лучевые ожоги (combustio). Любой ожог характеризуется определенной глубиной и площадью поражения.

Классификация ожогов имеет 4 степени согласно клиническим проявлениям и глубине поражения тканей.

При ожоге I степени в ткани возникает асептическое воспаление, наблюдаются его характерные признаки боль, припухлость, покраснение, повышение температуры и нарушение функции.

При ожоге II степени во внесосудистое русло диффузией поступает плазма, при этом отслаивается эпидермис, образуются пузыри с прозрачным, желеобразным содержимым, которое может помутнеть при инфицировании.

При ожоге III-а степени характерным является развитие некроза кожи, который частично захватывает сосочковый слой. Отмечается выраженная отечность тканей, напряжение, поверхность на вид белесоватая или покрыта сухим струпом, снижены болевая и тактильная чувствительность. При I–III-а степени поражения рана заживает самостоятельно, эпителизируется за счет росткового слоя дермы, так как это поверхностные повреждения.

При ожоге III-б степени возникает некроз всех слоев кожи. Поверхность покрывается сухим буровато-коричневым струпом, спаянным с глубжележащими тканями. Нет болевой и тактильной чувствительности.

При ожоге IV степени возникает некроз кожи, и глубжележащих тканей. Струп плотный и толстый, может иметь черный цвет. Самостоятельное восстановление кожи при данной степени ожога невозможно, и рана заживает рубцеванием. Такой ожог является глубоким. Глубина поражения сразу не выявляется, а лишь предполагается, истинную глубину ожога можно определить только спустя неделю. Для ориентировочной оценки глубины термического поражения осуществляют проведение проб на сохранение болевой и тактильной чувствительности (покалывание иглой, удаление волоса).

Для определения площади ожога имеется «правило ладони», согласно которому размер ладонной поверхности кисти равен 1% от общей площади кожного покрова. Кроме того, площадь ожоговой поверхности можно установить по «правилу девятки», при этом рассчитывают, что площадь кожи частей тела равна 9%: голова и шея (1 девятка), рука (1 девятка), нога (2 девятки), передняя и задняя поверхности туловища (по 2 девятки). Всего насчитывается 11 девяток, в сумме 99% всей поверхности тела и 1% на промежность и наружные половые органы. Данные методы не являются абсолютно точными, поэтому для более точного определения размера раневой поверхности можно воспользоваться другими способами, например, по таблице Постникова, весовым и другими способами.

Выделяют термин ожоговая болезнь. При термическом поражении прежде и раньше повреждается кожа, выполняющая важнейшие функции в организме: защитную, детоксикационную, терморегулирующую, дыхательную и иммунокомпетентную. Потеря кожным покровом данных функций в результате ожогового повреждения ведет к вторичному поражению внутренних органов и развитию ожоговой болезни. Чаще она развивается при глубоких ожогах при площади поражения более 10% и при поверхностных – более 20%. При ожоговом поражении верхних дыхательных путей возможность

развития ожоговой болезни увеличивается. В развитии ожоговой болезни есть 4 стадии: шока, острой токсемии, септикотоксемии и реконвалесценции.

Ожоговый шок - это патологическое состояние, сопровождающееся нарушением функции эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой систем со значительным нарушением микроциркуляции и обмена веществ организма. В состоянии шока выделяют две фазы, причем в первую (эректильную) фазу в клинике больной в состоянии возбуждения, он суетится, кричит вследствие интенсивного болевого синдрома. Характерным является длительная вторая фаза (торпидная) – до 3 суток, в течение которых больной заторможен. Когда восстанавливается кровоснабжение в области повреждения, токсические вещества в больших количествах переходят в сосудистое русло, в результате чего наступает острая ожоговая токсемия. Одним из первых ее проявлений будет повышение температуры до 38-39° С. Интоксикация организма в целом вызывает энцефалопатию, печеночно-почечную недостаточность.

Течение ожогового повреждения, состояние пациента, исход зависят от своевременности, правильности выбора лечения и адекватности ухода за пациентом. Комбустиологическая травма может завершиться различно: выздоровлением с полным восстановлением функции раневой области, заживлением ожоговой раны со снижением уровня трудоспособности вплоть до полной ее потери или смертью обожженного. Летальность варьирует от 4% до 32%.

Первая помощь и лечение при ожоге. Сначала необходимо остановить влияние повреждающего фактора, с помощью холодной воды производят охлаждение поверхности ожога. Для ее обработки какие-либо мазевые повязки, пудры, молоко, яйца применять запрещено. Рекомендуются наложить сухую асептическую повязку, при ожоге конечности осуществляют транспортную иммобилизацию, отвезти в стационар.

Первая помощь при химических ожогах также направлена на прекращение действия агента, для чего кожу промывают проточной водой в течение 15 минут и более. Лишь в случае, когда ожог вызван веществом (алюминий и его органические соединения, концентрированная серная кислота), при

взаимодействии которого с водой возникает реакция с образованием тепла, воду не используют, иначе возникнет дополнительное повреждение. После промывания вещества, проникшие в глубину тканей, при ожоге кислотой нейтрализуют 2-5% раствором гидрокарбоната натрия, при поражении щелочью – 1% раствором уксусной кислоты, при ожоге известью – 20% раствором сахара, при поражении органическими соединениями алюминия – бензином, керосином в виде повязок или примочек. В последующем химический ожог лечат по тем же принципам, что и термическое поражение. Амбулаторно лечат ожоги I-II степени с площадью поражения менее 10% поверхности тела. Всех других пострадавших необходимо лечить стационарно. Ожоги II степени в области лица, волосистой части головы, стоп, паха и промежности также желательно лечить в стационаре.

Особенности ухода при лечении ожогов. Больных госпитализируют в специализированное ожоговое (комбустиологическое) отделение или центр, в хирургический стационар, а при необходимости в реанимацию. Таких больных лучше лечить в отдельных палатах.

Если площадь ожога велика, то она часто инфицируется. Данные микроорганизмы чрезвычайно устойчивы ко многим современным антибиотикам, вызывая развитие госпитальной инфекции. В ее лечении возникают трудности, из-за трудности выбора высокоэффективного средства. Ожоговые больные могут становиться источником для инфицирования других пациентов. Вследствие чего необходимо соблюдение правил асептики. Для предупреждения инфекционных осложнений создают индивидуальную окружающую среду для каждого больного. Медицинские работники носят одежду, предназначенную для хирургов, и специальный халат или фартук. При предстоящем контакте с больным проводят гигиену рук и надевают перчатки, работая затем так, чтобы не дотрагиваться до окружающих предметов и поверхностей (например, занавесок, разделяющих больных), с которыми возможно соприкосновение руками, не защищенными перчатками. После контакта с пациентом фартук и перчатки снимают и снова моют руки. При за-

грязнении одежды ее обязательно меняют перед контактом со следующим больным.

Очень важно поддержание чистоты в палатах при уходе за ожоговыми больными. Для этого проводится влажная уборка, осуществляемая 2-3 раза в сутки, и дважды в неделю дезинфицируют помещения. Чаше, чем в других палатах, меняется постельное белье, используя стерильные простыни. Загрязненное белье укладывается в специальные мешки и отправляется в прачечную отдельно от другого хирургического белья. Уборку помещения, его проветривание и смену белья рекомендуют проводить тогда, когда больные находятся на проведении различных медицинских манипуляций вне палаты. Специальными дезсредствами протирают поверхности предметов (прикроватные поручни, столик) в палате. При очень обширных площадях ожогов для предотвращения нагноения важно эффективно поддерживать стерильность при гнотобиологической изоляции больного и лечении в управляемой абактериальной среде. Пациенты находятся в палатах-изоляторах на кроватях-сетках с воздушными матрацами. С помощью однонаправленного ламинарного потока поддерживается постоянная влажность и температура воздуха. Данные условия в сочетании с инфракрасным облучением и местной оксигенотерапией снижают обсемененность ран и ускоряют подготовку к кожной пластике.

Смены повязок при обширных ожогах выполняется только под общим обезболиванием. Для облегчения снятия повязки пострадавшего можно сначала уложить в ванну с 0,05-0,1% раствором перманганата калия, в теплой воде стерильными инструментами рассечь и снять повязку. Затем больного закутывают в стерильную простыню и доставляют в перевязочную. При ожоге обеих рук больные нуждаются в помощи при различных гигиенических процедурах, принятии пищи. Ожоги лица очень опасны, так как часто бывают глубокими с повреждением глаз, ротовой полости и верхних дыхательных путей.

Уход за глазами включает обработку пораженных участков ватным тампоном, смоченным 2% раствором борной кислоты. Конъюнктивальную полость промывают физиологическим раствором с помощью резинового баллончика. После данной процедуры, оттягивая нижнее веко, на слизистую оболочку капают пипеткой 1-2 капли альбуцида или наносят стеклянной палочкой глазную мазь. Таким образом осуществляется профилактика и лечение воспаления слизистой оболочки глаза – конъюнктивита.

Особенности ухода при лечении ожоговой болезни. С первого дня данные больные нуждаются в интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии. Выполняют венепункцию или венесекцию. Катетеризация магистральной (подключичной, яремной) вены наиболее рациональна. Необходимо строгое соблюдение правил асептики и своевременная смена загрязнившегося материала, фиксирующего катетер к коже. Это предупреждает развитие септических осложнений, когда катетер становится входными воротами инфекции. При появлении признаков флебита или перифлебита инфузии в данную вену необходимо тут же прекратить, а катетер удалить. Состояние ухудшают потери жидкости и белков через значительную раневую поверхность. Восполнение ведется с помощью парентерального питания. По объему оно может быть полным, то есть составлять суточную потребность питательных веществ и витаминов, и неполным, дефицит восполняется на 2/3 или 1/3 от необходимого уровня. В качестве парентерального питания используют легко усвояемые питательные вещества: белковые гидролизаты (гидролизат казеина, гидролизин), аминокислотные препараты (полиамин, аминокровин), глюкозу, жировые эмульсии (интралипид, липофундин), электролитные растворы (дисоль, трисоль, Рингера).

При восстановлении двигательной и всасывательной функции желудочно-кишечного тракта парентеральное сочетают с энтеральным питанием или полностью им заменяется. При этом растворы вводят капельно через зонд в желудок или двенадцатиперстную кишку.

Отморожения. При холодной травме возможно поражение как организма в целом, так и различных его частей. Чаще всего бывает отморожение (congelatio) конечностей, ушей, носа и щек.

Причинами возникновения отморожения являются низкая температура окружающей среды, повышенная влажность воздуха, значительная скорость ветра. Местно развитию повреждения способствуют различные факторы, в том числе сосудистые заболевания (облитерирующий эндартериит и атеросклероз, варикозное расширение вен ног), перенесенные переломы, вывихи, отморожения, тесная обувь. Значительно ускоряют наступление отморожения алкогольное опьянение, переутомление, истощение, адинамия, бессознательное состояние, некоторые физические недостатки.

В развитии отморожения выделяют 2 периода: дореактивный, - от получения травмы до восстановления нормальной температуры пораженной области и реактивный период. По клиническим проявлениям и глубине поражения выделяют четырехстепенную классификацию отморожений.

Отморожение I степени не влияет на общее состояние организма. В дореактивный период кожа цианотична, в реактивный становится гиперемизированной. После согревания возникает болевой синдром, движения в суставах активны. Выздоровление наступает на 5-7 день. После выздоровления в области бывшего повреждения могут быть гиперпигментация, повышенная потливость или сухость кожи. Расстройства кровообращения, которые возникли при возникновении травмы, в пораженной зоне обуславливают большую возможность в этой области повторного отморожения. При II степени отморожения характерны более интенсивный болевой синдром, зуд, жжение, возникновение отека области повреждения. Данные симптомы в течение двух дней исчезают, после чего появляются пузыри. Отек постепенно может переходить за пределы области поражения. Спустя 7-8 дней пузыри сморщиваются, эпителий слущивается, происходит эпителизация. При III степени отморожения ткани поражены более глубоко. Возникают геморрагические пузыри, так как повреждается кожа, подкожная жировая клетчатка с крове-

носными сосудами. Клинически отмечается интенсивная локальная боль, потеря тактильной, температурной чувствительности, общие признаки интоксикации. Через 2-3 недели происходит отторжение некротизированных тканей, и формируется раневая поверхность. Заживление раневого дефекта длится 1-3 месяца путем образования соединительнотканного рубца.

Отморожение IV степени связано с гибелью кожи и глуболежащих тканей вплоть до костей. Глубина поражения более-менее четко определяется лишь через 5-7 дней при образовании четких границ мертвых тканей, окончательный диагноз ставится к концу 2 недели. Отторжение некротических участков идет несколько месяцев и может осложниться влажной гангреной.

Первая помощь и лечение при отморожении. Лечение отморожения необходимо начать на догоспитальном этапе, так как его результаты напрямую зависят от адекватности и своевременности оказания первой помощи. Чаще ее оказывают в дореактивном периоде отморожения. Первоочередной задачей является устранение действия повреждающего агента, после чего необходимо восстановить кровообращение в зоне, подвергшейся действию холода, которое осуществляется двумя путями. Сняв с конечностей промерзшие одежду и обувь, на пораженные участки накладывает изолирующую повязку, пострадавшему дается горячее питье и организуется скорейшую его доставку в ближайший стационар. Согласно другому методу, пораженную конечность помещают в воду, температура которой равна 17-18°C, и постепенно (в течение 1 часа) доводят ее до 36°C. При возникновении гиперемии, активных движений в межфаланговых суставах, ощущения «мягкости» зоны поражения процедуру заканчивают. Осушив сухим полотенцем конечность, на нее накладывает ватно-марлевую повязку и надевается целлофановый мешок.

Пациенту также дается горячее питье и его укладывают в постель. Таким образом в зоне поражения создают усиление местного кровообращения, реактивную гиперемии. Нельзя оттирать пораженный участок снегом в

связи с дополнительной травматизацией участка и еще большим снижением температуры данной области.

Особенности ухода при лечении отморожения. Больных с отморожением нужно госпитализировать в «гнойную» палату, так как некротизированные ткани являются благоприятной средой для присоединения и развития инфекционных осложнений. У пациентов возможны нагноение пузырей, острый лимфангит, лимфаденит, абсцесс, флегмона, гнойный артрит, сепсис. При выполнении перевязок и хирургических вмешательств необходимо строго придерживаться правил асептики, а также соблюдать меры личной и общественной гигиены при манипуляциях, связанных непосредственно с уходом за больным (подкладывание судна, смена белья). Данные меры помогают предупредить развитие внутрибольничной инфекции, присоединение тяжелых инфекционных осложнений.

Наличие большого количества некротизированных тканей при отморожении способствует созданию благоприятных условий для жизнедеятельности анаэробных микроорганизмов. Флора таких ран имеет смешанный аэробно-анаэробный характер. Анаэробные микроорганизмы вызывают появление специфического неприятного запаха, исходящего от раны. Устраняют неприятные запахи с помощью специальных средств с дезодорирующим эффектом (средства из группы окислителей - перекись водорода и перманганат калия). Не менее 2 раз в сутки нужно выполнять перевязки, во время которых для рук и ног делают ванночки с антисептическими растворами. Травме чаще подвержены руки (пальцы и кисти) и стопы. Для I, II и III степени их поражения весьма характерна интенсивная боль, усиливающаяся после согревания пораженной области и при движениях. При отморожении I степени имеется некоторая тугоподвижность в межфаланговых суставах, которая может сохраняться до двух недель. Это обуславливает значительное снижение двигательной функции рук и ног. Общее состояние страдает мало (кроме 4 степени) и обычно быстро нормализуется. У пациентов сохранен аппетит, двигательная активность, возникает потребность в перемещении по палате и за

ее пределами. Но функциональная несостоятельность пораженных конечностей, особенно рук, затрудняет, или исключает возможность проведения больным самостоятельно гигиенических мероприятий, кормления, физиологических отправлений. Уход за такими больными включает организацию и оказание им помощи. Очень важна социальная адаптация пациента, которая осуществляется при участии медицинских работников.

Особенности ухода за больными с повреждениями костей.

Травма - это повреждение тканей, органов и частей тела вследствие действия механических, термических, химических и других факторов. Выделяют различные виды травм: производственная (промышленная, сельскохозяйственная) и непроизводственная (дорожно-транспортная, бытовая), сочетанная и комбинированная травма, изолированная и множественная. По характеру повреждения можно выделить ранение, перелом, ожог и другие виды травмы.

Переломы (fractura) – это самое частое повреждение, характеризующееся нарушением целостности кости, возникшим под действием внешнего фактора (травматического) или при изменениях костной ткани вследствие опухолевых процессов, развития остеомиелита (патологический фактор). Переломы бывают врожденные и приобретенные, полные и неполные, открытые и закрытые.

Диагностика этого вида повреждений основывается на данных клиники и рентгенографического исследования. К абсолютным симптомам перелома относят наличие в ране костных фрагментов, выпячивание кожи над отломками кости, патологическая (вне физиологического сустава) подвижность, костная крепитация, последнюю не исследуют в связи с возможным повреждением сосудов, нервов при проверке ее наличия, а также рентгенологические данные. Каждый признак подтверждает диагноз перелома. Возможны и другие симптомы (нарушение функции конечности, локальная боль, усиливающаяся при движении и пальпации, деформация и укорочение конечности, отек и кровоизлияние в мягкие ткани), которые называются относительными,

поскольку могут быть симптомами другой патологии и лишь помогают предположить диагноз перелома.

Основные принципы лечения переломов:

- правильное и своевременное оказание первой помощи до обращения в специализированное лечебное учреждение;
- своевременная диагностика перелома с рентгенографическим исследованием в двух проекциях;
- как можно более раннее и точное сопоставление костных отломков с необходимым обезболиванием;
- надежная фиксация сопоставленных костных отломков до их сращения;
- активное проведение мероприятий, ведущих к улучшению процессов консолидации;
- комплекс функционального лечения.

Первая помощь при переломе. Во избежание развития болевого и травматического шока оказывать первую помощь при переломах начинают с обезболивания. Обязательно выполнение транспортной иммобилизации зоны повреждения специальными шинами или имеющимися в наличии подручными средствами (приложение, рис. 8). Шина должна фиксировать не менее 2-3 суставов с обеих сторон от перелома. При продолжающемся кровотечении осуществляют его остановку пальцевым прижатием сосуда, кровоостанавливающим жгутом или другим способом. При открытых переломах необходима асептическая повязка.

При оказании первой помощи на месте происшествия запрещено вправлять отломки кости, удалять осколки. Неправильное оказание помощи увеличивает опасность развития осложнений, возникновения травматического шока, инфекции, вторичного кровотечения, вторичного смещения отломков. При наличии или возникновении смещения костных отломков обязательно сопоставление в виде одномоментной или постепенной репозиции. При наличии показаний сопоставление отломков осуществляют оперативным путем. Правильность манипуляции контролируется рентгенологически. Фик-

сацией костных фрагментов обеспечивается неподвижность костных фрагментов и возможность активных движений конечности для предотвращения развития атрофии мышечных групп и местных расстройств кровообращения. По способу удержания отломков выделено четыре метода лечения переломов: гипсовой повязкой, постоянным вытяжением, внутриочаговым остеосинтезом металлическими конструкциями и внеочаговым компрессионно-дистракционным остеосинтезом.

Особенности ухода при лечении перелома гипсовой повязкой. При этом методе лечения переломов применяется беспрокладочный материал, а также гипсовую повязку с ватно-марлевой или матерчатой прокладкой. При этом используют герметично упакованные заводские гипсовые бинты, либо бинты, самостоятельно изготовленные из марли и гипса. В настоящее время широкое распространение получил термопластик, главным преимуществом которого является быстрое затвердевание, гигиеничность и легкость повязки.

Гипс представляет собой сульфат кальция, высушенный при температуре 100-130°C. Просушенный гипс – мелкий белый порошок, обладающий гидрофильными свойствами. При смешивании с водой образует плотную кристаллическую массу.

Для проверки качества гипса проводят следующую пробу: при смешивании гипса с равным количеством воды при комнатной температуре через 5-6 мин должна образоваться твердая пластина, которая не крошится и не деформируется при надавливании.

Для приготовления гипсового бинта непосредственно в лечебном учреждении поверхность стола покрывают тонким слоем просеянного гипса, поверх него укладывают раскатанный конец марлевого бинта длиной 30-50 см, после чего марлю посыпают слоем гипса толщиной 1-2 мм, равномерно разглаживая бинт и втирая порошок в марлевую ткань.

Приготовленную часть складывают и разворачивают следующий отрезок марлевого бинта. После этого бинт отрезают и свободный конец загиба-

ют поверх скатки, что облегчает его поиск при замачивании. Необходимо помнить, что слишком тугое сворачивание гипсового бинта препятствует проникновению воды вовнутрь во время его замачивания, а при рыхлом скатывании часть гипса высыпается из бинта. Обычно из одного фабричного марлевого бинта заготавливают два гипсовых. При лечении перелома предпочтение отдают лонгете, когда повязка окружает конечность на $2/3$ ее диаметра. Круговую (циркулярную) повязку накладывают чаще после ликвидации отека и только в стационаре.

Техника наложения гипсовой повязки. Перед наложением гипсовой повязки телу пациента или конечности придают такое положение, которое будет зафиксировано гипсом. Бинт или лонгету замачивают в большом тазе в теплой воде с таким расчетом, чтобы ее хватило на всю повязку. Доливать воду не рекомендуют, поскольку разница температуры сказывается на прочности гипсовой повязки. Замачивают по одному бинту, полностью погружая его в воду и удерживая в ней до прекращения отхождения пузырьков воздуха из бинта. Через 2-3 минуты бинт вынимают и слегка отжимают лишнюю воду. Надо помнить, что при скручивании бинта или при надавливании на его центр происходит вытекание жидкого гипса, такой бинт становится непригодным к использованию. Не рекомендуют форсировать намокание бинта путем его сжимания в воде для вытеснения воздуха, так как это замедлит проникновение жидкости между слоями.

Правила наложения гипсовой повязки:

- конечность должна по возможности находиться в физиологически выгодном положении;
- бинт накладывают без натяжения, раскатывая его по телу, и каждый слой разглаживают ладонью, в результате слои плотно прилегают друг к другу и образуют единое целое;
- костные выступы, подвергающиеся максимальному давлению, укрывают ватно-марлевыми подушечками;

- разглаживание повязки обеспечивает ее моделирование по контуру конечности и плотное прилегание к телу, благодаря чему повязка не вращается и не натирает кожу;
- в процессе бинтования положение конечности не меняют;
- дистальные участки конечности, на которую накладывают повязку, оставляют свободными для последующего наблюдения за состоянием кровообращения конечности;
- поддерживают конечность ладонью, а не пальцами, чтобы не возникало пальцевых вдавлений в самой повязке.

В травматологической практике используют постоянное липкопластырное и, чаще, скелетное вытяжение.

В первом случае тягу осуществляют клейкими лентами, крепящимися к коже (накожное вытяжение), и применяют его, когда для удержания отломков не требуется больших усилий, чаще всего у ослабленных больных и у детей.

Более надежным считается скелетное вытяжение, когда груз крепят к металлической конструкции, состоящей из скобы и спицы, проведенной через кость.

Уход за больными в онкологии.

Уход за больными с онкологическими заболеваниями тесно связан с этикой и деонтологией, важностью хранения врачебной тайны, что определяет сложные условия для обслуживающего медперсонала и родственников. Неосторожное высказывание или медицинский документ, попавший в руки больного, в частности при неправильном истолковании их, могут вызвать тяжелые последствия для психики больного, что значительно затруднит лечение.

Уход за больными с кахексией при опухолях органов желудочно-кишечного тракта направлен, в первую очередь, на организацию рационального питания. Питание больных осуществляется до 6 раз в сутки небольшими порциями, используя самые полноценные по калорийности и составу продук-

ты (суточная калорийность пищи должна составлять не менее 2000 ккал): витамины добавляются к пищевым смесям или вводятся парентерально; согласно степени обезвоживания больного необходимо восполнение потерь жидкости (в среднем вводят до 3-3,5 г). Больным, которые не могут есть, в течение подготовки их к хирургическому вмешательству применяется парентеральное питание, используя белковые гидрализаты, аминокислотные смеси и высокоэнергетические жировые эмульсии.

Сформированные при операциях эзофаго-, гастро- и энтеростомы нуждаются в многократной в течение дня смене повязки с вазелиновым маслом, тщательном туалете кожи около стомы с использованием растворов антисептика и дубящего раствора перманганата калия. При развитии мацерации кожи используют местное применение индифферентных паст. По мере улучшения общего состояния больного обучают правилам самостоятельного питания через зонд и ухода за стомой.

Кожа вокруг сформированного наружного кишечного свища обрабатывается с помощью марлевых салфеток растворами антисептиков. После купирования воспалительного процесса вокруг колостомы возможно применение калоприемников, размеры которых подбирают индивидуально в зависимости от размеров наружного просвета сформированной стомы. Замену пластикового пакета калоприемника производят после каждого акта дефекации, предварительно обмыв кожу вокруг стомы проточной водой или слабым раствором антисептика и обработав мазевыми кремами. Онкологические больные с запущенным заболеванием часто нуждаются только в симптоматической терапии и уходе, т.к. радикальное лечение невозможно. Нередко они резко истощены и ослаблены, страдают из-за мучительной боли, не купируемой ненаркотическими анальгетиками. Наркотические анальгетики применяют не по требованию больного, а строго по часам, указанным онкологом.

Особенности ухода за больными торакального отделения.

У большинства пациентов, которым производятся операции на сердце, легком, вследствие болезни уже при поступлении имеются явления дыха-

тельной и сердечной недостаточности, которые утяжеляются операционной травмой. Больные, оперированные на органах плевральной полости, в первые часы и дни после хирургического вмешательства нуждаются в постоянном контроле их общего состояния и функций жизненно важных органов.

Оснащение палаты торакального профиля имеет свои особенности. В ней должна быть постоянная централизованная подача увлажненного кислорода. В отделении должны быть всегда готовые к работе электроотсосы, аппараты искусственной вентиляции легких, ларингоскоп, интубационные трубки, набор для трахеостомии и другие инструменты и лекарственные средства, необходимые при оказании неотложной помощи.

В торакальном отделении часто могут возникать угрожающие жизни состояния, требующие неотложной помощи, к ним относят:

- тампонаду сердца вследствие кровотечения в полость перикарда (ранение, разрыв или ушиб сердца, повреждение устья магистрального сосуда).
- тотальный гемоторакс при повреждении сердца или легкого, разрыве магистрального сосуда, кровотечении из межреберных сосудов, травмах живота с повреждением диафрагмы и кровотечением в плевральную полость.
- напряженный пневмоторакс при разрыве легкого, обширном повреждении бронхов, «сосущая» рана грудной стенки, повреждение трахеи.
- разрыв аорты или ее крупной ветви: тупая травма – результат резкого торможения при ударе грудью о неподвижный предмет, гораздо реже – проникающее ранение груди.
- окончательный перелом ребер (или перелом ребер и грудины) с флотацией грудной стенки, что часто сопровождается дыхательной недостаточностью и гемотораксом.
- разрыв диафрагмы вследствие тупой травмы сопровождается выпадением органов брюшной полости в грудную и нарушениями дыхания.

Как правило, на двое суток после операций на органах плевральной полости назначается индивидуальный сестринский пост. Каждый час измеряют артериальное давление, частоту пульса и дыхания, систематически произво-

дят рентгеновские снимки, делают анализы. В первые часы особое внимание должно быть направлено на борьбу с послеоперационным шоком. Больного, доставленного из операционной, укладывают на спину, тепло укрывают, к ногам кладут грелку.

Немедленно осуществляют основные мероприятия, направленные на дальнейшую нормализацию дыхания, гемодинамики и нервнорегуляторных процессов. Прежде всего, обеспечивают профилактику кислородного голодания. Во время оперативного вмешательства в условиях управляемого дыхания больной получал кислород в количестве превышающем потребности организма. Если сразу же перевести его на спонтанное дыхание, почти неизбежно возникнут явления гипоксии. Поэтому важной задачей после поступления больного в послеоперационную палату является бесперебойная подача кислорода.

Пневмоторакс – скопление воздуха в плевральной полости. Причиной может быть повреждение легкого, трахеи, бронхов или грудной стенки, либо сочетание этих повреждений. При проникающих ранах грудной стенки плевральная полость сообщается с атмосферой; происходит засасывание воздуха в плевральную полость; исчезновение отрицательного давления в плевральной полости делает дыхательные движения неэффективными (открытый пневмоторакс). Если во время вдоха воздух поступает в плевральную полость, а во время выдоха мягкие ткани грудной стенки или паренхима легкого перекрывают раневой канал и препятствуют выходу воздуха наружу, то пневмоторакс называется клапанным. В этом случае объем воздуха и давление в плевральной полости постепенно нарастают и возникает напряженный пневмоторакс. Основные патофизиологические последствия открытого пневмоторакса – гиповентиляция и перемещение воздуха из здорового легкого в спавшееся во время выдоха и обратно во время вдоха. При напряженном пневмотораксе кроме этого сдавливаются вены средостения, снижается венозный возврат и нарушается вентиляция здорового легкого. Дисфункция миокарда, обусловленная кислородным голоданием, усугубляет нарушения

гемодинамики. Признаки напряженного пневмоторакса: подкожная эмфизема; громкий тимпанический звук на стороне пораженного легкого при перкуссии; смещение трахеи в сторону здорового легкого; ослабление дыхательных шумов; нестабильность гемодинамики.

Данные рентгенографии: легочное поле повышенной прозрачности, граница спавшегося легкого пересекает тени ребер; уплощение или прогиб вниз купола диафрагмы; смещение средостения в сторону здорового легкого. Дренаж устанавливают во II межреберье по среднеключичной линии или в V межреберье по средней подмышечной линии. До установки дренажа можно провести экстренную плевральную пункцию. Отсосав воздух, иглу или катетер оставляют открытыми. Пальцевое исследование подкожного канала и плевральной полости облегчает правильную установку дренажа. Конец его должен быть направлен к верхушке легкого. Наружный конец дренажа подключают к трехбаночной дренажной системе; отрицательное давление должно быть равным 15-20 см. вод. ст. Это также достигается дренированием полости плевры в конце операции и созданием в ней при помощи различных вакуумных аппаратов определенной степени разряжения. При применении пассивного клапанного дренажа по Бюлау на наружный конец дренажной трубки, введенной в плевральную полость, укрепляют палец от резиновой перчатки с разрезом и опускают трубку в бутылку емкостью 500 мл с антисептической жидкостью. Важно следить, чтобы клапан постоянно находился погруженным в жидкость, иначе нарушается герметичность системы и происходит ателектаз легкого.

Применяют и активное расправление легкого аппаратами, создающими отрицательное давление в плевральной полости от 10 до 40 мм. рт. ст. Степень разряжения регулируется в зависимости от тяжести операции, а контроль за расправлением легкого осуществляется путем аускультации и на основании рентгенологических данных. Количество и характер извлекаемого из плевральной полости содержимого тщательно фиксируется в карте наблюдения и оценивается врачом.

Активное дренирование продолжается 1-3 суток, а затем дренаж извлекают. После удаления дренажей эвакуацию плеврального содержимого производят с помощью пункций плевральной полости.

Особенности ухода за пациентами урологического профиля.

Больные с заболеваниями мочевыделительной системы составляют особую группу пациентов с задержкой мочи, когда полноценный акт мочеиспускания невозможен, недержанием мочи, выраженным болевым синдромом. После операции на яичке, семенном канатике на мошонку накладывают Т-образную повязку или суспензорий, в треугольной площадке последнего делается отверстие для полового члена.

Уход за больным с эпицистостомой. Эпицистостома (цистостома, надлобковый свищ мочевого пузыря) - это искусственный мочевого свищ для эвакуации мочи из мочевого пузыря, который накладывается временно или остается постоянно при повреждениях мочевого пузыря, уретры и заболеваниях мочевыделительной системы (опухолях предстательной железы).

Операция создания мочевого свища заканчивается введением дренажной трубки в мочевой пузырь и наложением стерильных салфеток (по типу штанишек) вокруг дренажа. Закрепляются салфетки клеоловой или лейкопластырной повязкой.

Дренажную трубку опускают в чистую, прозрачную, мерную плотно закрывающуюся емкость, заполненную антисептическим раствором (50-100 мл). Мочевой пузырь промывают через эпицистостому 3 раза в сутки.

После стихания острых явлений и восстановления мочеиспускания естественным путем дренажную трубку извлекают. Мочевой свищ заживает самостоятельно в течение нескольких дней.

В ряде случаев пациент нуждается в эпицистостоме длительное время, тогда после формирования свища (заживления раны и снятия швов) дренажная трубка заменяется катетером Пеццера, последний опускается в мочеприемник.

Особенности ухода за эпицистостомой после формирования свища.

Медицинская сестра обязана:

- фиксировать мочеприемник к туловищу пациента;
- опустить катетер Пещера в мочеприемник, обеспечив герметичность;
- регулярно проводить смену мочеприемника. Если он многоразовый - дезинфицировать и дезодорировать его;
- ежедневно обрабатывать кожу вокруг цистостомы водой с мылом, тщательно смывая остатки последнего;
- при появлении мацерации кожи использовать защитные мази и пасты;
- 2-3 раза в неделю промывать мочевой пузырь через эпицистостому водным антисептическим раствором до чистых промывных вод;
- научить пациента и родственников уходу за кожей вокруг цистостомы, мочеприемником.

Смена катетера Пещера проводится урологом 1 раз в 3-4 нед.

Особенности ухода за пациентами, оперированными на органах брюшной полости.

Специфика хирургии органов брюшной полости обусловлена сложностью анатомии, особенностями физиологии и реакции органов на оперативное вмешательство, высокой потенциальной возможностью плохо контролируемого развития инфекции при возникновении осложнений.

Практически всем больным с первых суток после операций на органах брюшной полости разрешается перемена положения тела в пределах кровати, дыхательные упражнения, массаж. Сразу же после операции на область раны с целью сужения мелких сосудов и предупреждения развития гематомы кладут пузырь со льдом. Кроме того, местное применение холода оказывает обезболивающий эффект.

Икота - это внезапный сильный вдох при суженной голосовой щели вследствие судорожного сокращения диафрагмы и дыхательных мышц. Очень мучительная, продолжительная и упорная икота после операции связана с рефлекторным раздражением диафрагмального нерва или непосред-

венно самой диафрагмы. Уход и лечение направлены на борьбу с основным заболеванием, возможно назначение седативных и нейролептических средств, промывание желудка.

Отрыжка - внезапное, непроизвольное выделение через рот газов из желудка или пищевода, иногда вместе с небольшими порциями жидкого содержимого желудка. Основными причинами отрыжки являются избыточное заглатывание воздуха или газообразование в желудке при нарушении его секреторной и двигательной функции. Избыточное количество воздуха вследствие увеличения внутрижелудочного давления рефлекторно вызывает сокращение мышц желудка и расслабление мышц входа в желудок, что и способствует возникновению отрыжки. В этой ситуации следует опорожнить желудок и промыть его с помощью зонда.

В послеоперационном периоде наиболее частым и ранним осложнением является нарушение двигательной функции желудка и кишечника, выражающееся в рвоте.

Рвота - сложный акт, результатом которого является извержение наружу содержимого желудка: закрывается выход из желудка и открывается вход, содержимое желудка как бы выдавливается опустившейся в результате глубокого вдоха диафрагмой и сократившимися мышцами брюшного пресса.

Если состояние больного позволяет, то при возникновении рвоты его следует посадить, поддерживая голову и плечи, подставить таз, обтереть рот и дать воды для полоскания рта (приложение, рис. 9).

При тяжелом состоянии больного нужно немедленно убрать из-под его головы подушку, опустить головной конец кровати, повернуть голову больного на бок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути, и не возникло аспирационной пневмонии или асфиксии. Под угол рта подставляют лоток или подкладывают полотенце. После рвоты больного умывают, полость рта обрабатывают влажным тампоном.

В случае кровавой рвоты следует уложить больного на бок, положить холод на живот, запретить прием внутрь пищи, жидкости, лекарств. Рвотные

массы не убирать до осмотра врача, которого немедленно поставить в известность о случившемся. Дальнейшие действия производятся по назначению врача. При возникновении тошноты с целью профилактики рвоты необходимо опорожнить и промыть желудок с помощью зонда.

При метеоризме - скоплении газов в кишечнике - лечебные мероприятия начинают с введения в прямую кишку газоотводной трубки, которая представляет из себя резиновую трубку длиной 30-50 см с диаметром просвета 5-10 мм. Смазав вазелином закругленный конец трубки, ее вводят в прямую кишку на глубину 20-30 см. Перед введением сестре необходимо одеть резиновые перчатки, смазать указательный палец вазелином и при необходимости помочь пальцем проводить трубку. Вводить трубку нужно не спеша, вращательными движениями, без насилия и болезненности. Трубку можно оставлять в кишке на несколько часов. Свободный конец трубки обычно опускают в подкладное судно, так как по ней может вытекать и жидкое содержимое кишечника. После удаления трубки область ануса обтирают влажным тампоном, а в случае раздражения смазывают цинковой мазью. Трубку тщательно моют водой с мылом и кипятят.

У истощенных, онкологических, больных пожилого и старческого возраста иногда в послеоперационном периоде наблюдается расхождение краев раны брюшной стенки с выпадением внутренностей наружу. Такое осложнение называется эвентерацией, чаще оно возникает на 8-10-й день после лапаротомии, иногда в день снятия кожных швов. При кашле, резком напряжении брюшного пресса, а иногда без всяких видимых причин больной замечает, что повязка пропитывается светлым серозным или кровянистым отделяемым, которое может быть обильным. В рану из брюшной полости выпадают сальник и петли кишок, они подвергаются опасности охлаждения, загрязнения, что может привести к разлитому воспалению брюшины - перитониту или к ущемлению внутренностей и шоку. Эвентерация требует немедленной операции.

Клиническая гигиена медицинского персонала гнойного отделения

В соответствии с трудовым законодательством на работу в отделении хирургической инфекции принимают лиц не моложе 18 лет. Для всех обязательно медицинское освидетельствование. Тех, кто страдает открытой формой туберкулеза, венерическими и заразными заболеваниями кожи и слизистых, на работу не принимают. В дальнейшем не реже 1 раза в год все работники проходят медицинское обследование. Если у вновь поступающих на работу или у работающих выявляют носительство патогенных микроорганизмов, то решают вопрос о допуске их к труду и о проведении необходимого лечения.

Ухаживающему персоналу категорически запрещается принимать пищу в палатах или коридорах, а также курить в палатах, коридорах и лабораториях. Передачи больным принимают в пределах разрешенного врачом ассортимента и количества продуктов. Их хранят в шкафу или в тумбочке, а скоропортящиеся продукты - в специальном холодильнике. Запрещается совместное хранение в холодильнике продуктов питания и медикаментов.

Больные в удовлетворительном состоянии питаются в столовых, кормление других пациентов допустимо в палатах. Персонал, занятый уборкой палат и прочих помещений отделения, к раздаче пищи не допускают. Раздав пищу, проводят уборку буфетной и столовой с применением растворов дезинфицирующих средств.

После приема пищи посуду собирают в буфетной на отдельном столе, освобождают её от остатков и обеззараживают кипячением или погружением в дезинфицирующий раствор. Затем посуду моют, просушивают на специально выделенном чистом столе в сетках и хранят в шкафу. Вымытую посуду обеззараживают также в воздушных стерилизаторах при температуре 130°C в течение 45 мин. В буфетной на видном месте вывешивают инструкцию по дезинфекции и мытью посуды.

Клиническая гигиена больного гнойного отделения.

Постельное и нательное белье, полотенце больного меняют один раз в неделю после гигиенической ванны или душа и по мере загрязнения. Грязное белье собирают в палате в клеенчатые или хлопчатобумажные мешки, которые переносят в специальную комнату с вытяжной вентиляцией, где разбирают и сортируют по ассортименту, цветности и степени загрязнения и хранят в баках, ларях или мешках. Загрязненное выделениями бельё обеззараживают немедленно в отдельных емкостях, затем в мокром виде в клеенчатых мешках его отправляют в специализированную прачечную. После отправки белья выполняют влажную уборку помещения с применением дезинфицирующих растворов. В заключение санитарка принимает гигиенический душ и переодевается.

При раздражении дыхательных путей пострадавшего тотчас выводят на свежий воздух или в проветриваемое помещение. Надо прополоскать рот и носоглотку водой. При отравлении формальдегидом рекомендуют вдыхание водяных паров с добавлением нескольких капель нашатырного спирта, дают теплое молоко с пищевой содой. По показаниям вводят сердечные, противокашлевые средства, обеспечивают ингаляцию кислорода. В тяжелых случаях пострадавшего госпитализируют. При попадании любого препарата в глаза их немедленно в течение нескольких минут промывают струёй воды или 2% раствором гидрокарбоната натрия. При раздражении глаз закапывают раствор альбуцида, при болях - 1-2% раствор новокаина.

Весь необходимый перевязочный материал и инструменты доставляют на специальном передвижном столе или на лотке, обеспечивая такую же асептичность работы, как в перевязочной. Все предметы берут с некоторым избытком, чтобы избежать излишней суеты и ходьбы в перевязочную. Использованный материал складывают в специальную ёмкость (тазик, мешок).

Свищ - это отсутствующий в норме канал, который соединяет различные полости, а также полые органы между собой или с внешней средой. Свищи бывают врожденные или приобретенные вследствие патологического

процесса или специально наложенные с лечебной целью. Из свища постоянно выделяется гной, желчь, кал, желудочное или кишечное отделяемое, которое мацерирует кожу и способствует развитию воспаления. Важнейшей задачей ухода за такими больными является защита кожного покрова вокруг свищевого хода. Наибольшие проблемы вызывают свищи, по которым выделяется кишечное содержимое и панкреатический сок, поскольку в их состав входят ферменты (протеолитические и т.п.), принимающие участие в переваривании пищи. Они разрушают кожу, а присоединившаяся микрофлора вызывает в тканях септическое воспаление. Если из свища выделяется небольшое количество жидкости, то для ее сбора достаточно менять повязку по мере её промокания. В случае обильного истечения отделяемого, как это бывает при дуоденальных и высоких тонкокишечных свищах, организуют дренажную систему, которая позволяет большую часть жидкости собирать в ёмкости. Хорошее функционирование такой системы обеспечивает постоянная аспирация отделяемого. Во время смены повязки необходимо не только соблюдать правила асептики, но и сохранять функциональное состояние дренажа. Для этого следят, чтобы трубка не выпала из свищевого хода.

Трофической язвой называют дефект покровных тканей, не имеющий тенденции к заживлению в течение 2 месяцев его существования. Они образуются при нарушении иннервации и хронических сосудистых расстройствах. Радикальное лечение язв осуществляют оперативным путем. Консервативно лечат как самостоятельно, так и в качестве подготовки к операции. Основу этих мероприятий составляют элементы ухода за больными.

Важным фактором развития язв является отек тканей. Для его устранения назначают обезвоживающую диету с ограничением соли и жидкости. 2/3 пациентов с язвами страдают ожирением. Уменьшение массы тела разгружает ноги и улучшает кровообращение. Поэтому рекомендуют малокалорийную диету с разгрузочными днями 1-2 раза в неделю. Предлагают полный

отказ от сладостей, мучных изделий, ограничивают жиры, не рекомендуют прием пищи после 18 часов и особенно на ночь.

Успех консервативного лечения зависит от соблюдения режима, который предусматривает покой, дозированную ходьбу, возвышенное положение конечности, эластическое бинтование конечности. Часто бытует ложное мнение о том, что мыть ноги при язве нельзя, поскольку возможно ее инфицирование, и рекомендуют тщательно оберегать язвенную поверхность от попадания на нее воды и мыла, прикрывая саму язву полиэтиленом или целлофаном. Тем самым грубо нарушается гигиенический режим ног, активизируется инфекция и грибковое поражение кожи.

При язве кожа вокруг нее нередко покрыта толстым слоем подсыхающей мази, десквамированного эпителия, гнойного отделяемого, фибринных пленок, корок и некрозов. Под ними создаются тепличные условия для размножения микробов. Поэтому лечение начинают с мытья голени моющими средствами ватно-марлевым тампоном. Затем накладывают повязку с лекарственными средствами, характер которых зависит от степени выраженности воспаления и регенерации в области язвы.

Уход за больными в критических состояниях.

Под критическим состоянием понимают крайнюю степень любой патологии, при которой требуется искусственное замещение или поддержка жизненно важных функций; выделяют предагонию, агонию и клиническую смерть, которые, являясь видом умирания, характеризуются крайней степенью декомпенсации систем кровообращения и дыхания. Без немедленной коррекции этих состояний неизбежно наступает биологическая смерть – необратимое состояние организма.

Выведение больных из критического состояния осуществляется путем проведения ряда мероприятий, которые фактически составляют реанимацию (оживление). В отделении реанимации и интенсивной терапии показана госпитализация больных: 1) с острым и опасным для жизни расстройством кровообращения; 2) с острым и опасным для жизни расстройством дыхания; 3) с

острой печеночно-почечной недостаточностью; 4) с тяжелыми нарушениями белкового, углеводного, водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия; 5) после сложных операций, сопровождающихся расстройствами и реальной угрозой дисфункции жизненно важных органов и систем; 6) находящихся в коматозном состоянии в связи с черепно-мозговой травмой, гипогликемической и гипергликемической и другими комами; 7) после реанимации, клинической смерти и шока в восстановительном периоде. Реанимация включает искусственную вентиляцию легких, искусственное кровообращение и противоишемическую защиту коры головного мозга.

Искусственное кровообращение проводят в случае прекращения сердечной деятельности независимо от вызвавшей его причины. Для этого выполняют непрямой массаж сердца. Эффективность непрямого массажа сердца обеспечивается тем, что пострадавшего укладывают на твердую поверхность (жесткая кушетка, широкая скамья, носилки с деревянным щитом или пол). Расстегивают стесняющую тело одежду и становятся слева от реанимируемого. Ладонь одной руки помещают на нижнюю треть грудины, другую ладонь накладывают на тыл первой руки. Обычно интенсивность надавливания поддерживается массой тела того, кто проводит реанимацию. После каждого толчка руки расслабляют, грудная клетка свободно расправляется, а полости сердца заполняются кровью. Таким образом, осуществляется искусственная диастола. Непрямой массаж проводят ритмично с частотой сжатия 50-60 раз в 1 минуту.

Для повышения эффективности непрямого массажа рекомендуют одновременное сжатие грудной клетки и искусственный вдох. В этом случае ещё больше повышается внутригрудное давление и больший объем крови поступает к головному мозгу.

Известно, что сердце у человека находится в средостении и располагается между грудиной и позвоночником. В том случае, когда пациент находится в состоянии агонии или клинической смерти, теряется мышечный тонус, и грудная клетка становится податливой к механической компрессии. В

связи с этим при надавливании на грудину происходит её смещение на 3-5 см в сторону позвоночника. В результате сжатия сердца осуществляется искусственная систола. Кровь поступает в большой и малый круги кровообращения. Во время нажатия на грудину сдавливается нисходящий отдел аорты, и большая часть объема крови устремляется в верхние отделы туловища и к головному мозгу, обеспечивая тем самым кровоток до 70-90% от нормального уровня.

Во время непрямого массажа сердца при чрезмерном давлении на грудную клетку, а также при её неподатливости происходит перелом рёбер с повреждением плевры, печени и других внутренних органов. Поэтому прилагаемые усилия должны быть умеренными и всегда соответствовать поставленным задачам.

Перед выполнением искусственной вентиляции легких обеспечивают проходимость верхних дыхательных путей. При их заполнении жидким содержимым опускают головной конец или поворачивают реанимируемого на бок, открывают ему рот, удаляют слизь, рвотные массы и затем протирают ротовую полость. Следующим этапом помощи является запрокидывание головы оживляемого и выведение нижней челюсти кпереди. При этом язык отходит от задней стенки глотки и восстанавливается проходимость дыхательных путей.

Затем, герметично зажав ноздри реанимируемого и наложив на открытый рот марлевую 3-4-слойную салфетку, начинают искусственное дыхание по типу «рот в рот». Другим вариантом является дыхание «рот в нос», для этого также проверяют и восстанавливают проходимость дыхательных путей, плотно закрывают рот оживляемого и делают вдох через нос. Ритмичность вдохов составляет 10-12 в минуту, выдох осуществляется пассивно.

В условиях стационара искусственное дыхание поддерживают с помощью аппарата. Для этого больному заводят эндотрахеальную трубку в дыхательные пути через рот или нос (интубируют), и к трубке подключают респиратор. С целью профилактики затекания слизи и желудочного содержимо-

го вдоль эндотрахеальной трубки в трахею раздувают манжетку и герметизируют таким образом воздухоносную систему. При уходе за таким больным следят, чтобы манжетка на интубационной трубке не была чрезмерно раздута. Иначе возникнет нарушение кровообращения в слизистой с последующим развитием пролежня. Для восстановления в этой зоне нормального кровообращения через каждые 2-3 часа выпускают воздух из манжетки.

В тех случаях, когда необходима длительная, более 5-7 дней, вентиляция легких, а также при невозможности выполнить интубацию через рот в силу анатомических особенностей, при травме, опухолевых заболеваниях верхних дыхательных путей, при выраженном воспалительном процессе в носоглотке и гортани искусственное дыхание осуществляют через трахеостому - искусственный трахеальный свищ.

Во время искусственной вентиляции легких с помощью дыхательного аппарата (респиратора) требуется неотступное наблюдение, при котором следят за состоянием больного и контролируют эффективность проводимых мероприятий. В случае быстрого падения давления в системе «аппарат – больной», возникающего чаще всего вследствие разъединения трубок, шлангов, интубационной трубки и трахеостомы, нужно быстро восстановить герметичность воздухоносной системы.

При длительной искусственной вентиляции легких проводят санацию трахеобронхиального дерева. Для этого используют стерильный катетер длиной 40-50 см и диаметром до 5 мм. Его вводят в трахею через трахеостому или эндотрахеальную трубку. В катетер вливают 10-20 мл раствора фурацилина или другого лекарственного средства. Затем к катетеру подсоединяют отсос (электрический или водоструйный) и аспирируют разжиженную мокроту. Для уменьшения разрежения и предотвращения присасывания слизистой к катетеру периодически приоткрывают боковое отверстие на его кончике. Процедуру повторяют 2-3 раза до осушивания трахеобронхиального дерева и выполняют ее в маске и очках, предохраняя себя от инфицирования удаляемым содержимым.

В реанимационной практике при развитии дыхательной недостаточности вследствие препятствия, расположенного выше голосовых связок, выполняют операцию трахеостомии. Для поддержания зияющего состояния в свищевой ход вводят специальную трахеостомическую трубку, изготовленную из металла, пластика или резины, и состоящую из наружного и внутреннего изогнутых цилиндров.

Основными задачами ухода за трахеостомой является поддержание хорошей проходимости трахеостомической трубки, предупреждение инфицирования дыхательных путей и высыхания слизистой оболочки трахеобронхиального дерева. При обильном выделении из трахеи слизи каждые 30-40 минут её аспирируют с помощью стерильного катетера. Перед этим канюлю отграничивают от окружающей поверхности стерильной салфеткой, надевают стерильные перчатки и маску. Если слизь очень густая, то её предварительно разжижают протеолитическими ферментами или 5% раствором гидрокарбоната натрия путем ингаляции в виде аэрозоля или закапывания в трахею 1-2 мл раствора.

У больных с трахеостомой нередко возникает стоматит, и в ротовой полости бурно развивается грибковая и анаэробная микрофлора. Поэтому нужно периодически орошать полость рта и протирать её тампоном, смоченным раствором антисептика, отдавая предпочтение перекиси водорода или борной кислоте.

Больной с трахеостомой не говорит, и при сохраненном сознании он может общаться с помощью знаков или специально приготовленных карточек с заранее написанными фразами. При внезапном появлении голоса или дыхания через рот (нос) надо думать о выпадении канюли из трахеи и восстановить исходное её состояние. Иногда у больного появляется бурное, хриплое, так называемое стридорозное дыхание с участием вспомогательных мышц, что свидетельствует об обтурации канюли густой слизью. Ликвидируют эти симптомы путем немедленной замены канюли, забившейся слизью и подсыхающими корочками, на запасную. По завершении надобности в тра-

хеостоме трубку извлекают, кожу вокруг раны обрабатывают раствором антисептика, дефект тканей стягивают лейкопластырем и накладывают стерильную повязку. Больного предупреждают о том, что в первое время при разговоре и кашле необходимо придерживать повязку рукой. Вначале она быстро намокает, и её надо часто менять. Как правило, свищ заживает самостоятельно в течение 6-7 дней.

Смерть – это прекращение спонтанного кровообращения и дыхания, сопровождающееся необратимым поражением всех функций мозга. Процесс наступления необратимых патологических изменений в организме называют умиранием. Существует несколько типов умирания.

Первую группу составляют больные, умирающие при безуспешной сердечно-лёгочной реанимации с тремя возможными исходами: 1) смерть наступает тотчас после прекращения реанимационных мероприятий; 2) развивается многодневная и многонедельная постреанимационная болезнь, которую относят, в том числе, и к умиранию; 3) возникает стойкое вегетативное состояние с безвозвратной утерей функции коры головного мозга. Во вторую группу входят больные старческого возраста, у которых происходит постепенное угасание жизненных функций при сохранённом или неадекватном сознании. Третий тип умирания наблюдается при тяжёлой патологии, которая принципиально излечима, но в силу различных обстоятельств не поддаётся интенсивной терапии (синдром острого повреждения лёгкого, кардиогенный шок, перитонит). Наконец, в четвертую группу включают умирание при неизлечимой болезни (травма, несовместимая с жизнью, злокачественная опухоль).

Все указанные типы умирания неизбежно заканчиваются смертью, и умирание по своей сути становится диагнозом. Если для выздоравливающего больного требуется интенсивная терапия, медицинские действия, направленные на ликвидацию физических страданий, а также воздействие на психику, то умирающий больной в интенсивном лечении не нуждается.

В связи с этим в последние десятилетия всё большее развитие получает так называемый комфортный поддерживающий уход. Его особенностью является: 1) ограничение инвазивных методов (катетеризация, пункция); 2) сокращение диагностических манипуляций; 3) тщательный гигиенический уход; 4) адекватное обезболивание; 5) адекватное питание; 6) психологический комфорт, который обеспечивается окружением родственников, психотерапевтом, священником или транквилизаторами. Перевод на комфортный поддерживающий уход осуществляют по решению самого больного или законных представителей по рекомендации врача, представляющего полную информацию о характере патологии и прогнозе.

В соответствии с Российским законодательством по охране здоровья сердечно-легочная реанимация не показана:

- если смерть наступила на фоне полного комплекса интенсивной терапии, которая оказалась неэффективной при данной патологии в силу несовершенства медицины;
- при хроническом заболевании в терминальную стадию его развития (злокачественное новообразование) при этом безнадежность состояния определяется консилиумом врачей и фиксируется в истории болезни;
- если больной заранее документально зафиксировал свой отказ от сердечно-легочной реанимации.

Сердечно-легочную реанимацию прекращают:

- если по ходу мероприятий выяснилось, что они не показаны;
- если в течение 30 минут не отмечено признаков её эффективности (сужение зрачков, появление самостоятельного дыхания, улучшение цвета кожного покрова).

ПРИЛОЖЕНИЕ



Рис. 1. Санитарно-гигиеническая обработка пациента в приемном покое.

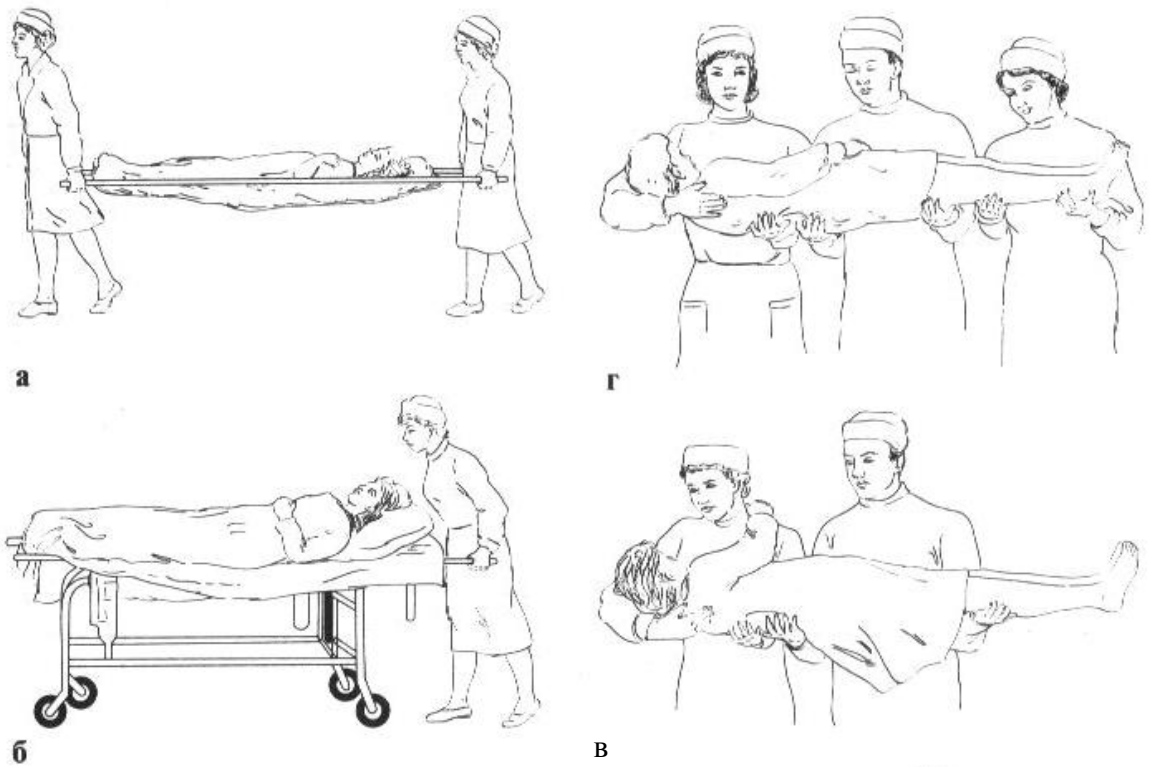


Рис. 2. Транспортировка больных в стационаре:
а – на носилках; б – на лежачей каталке; г- и в- вариант
переноски больных на руках

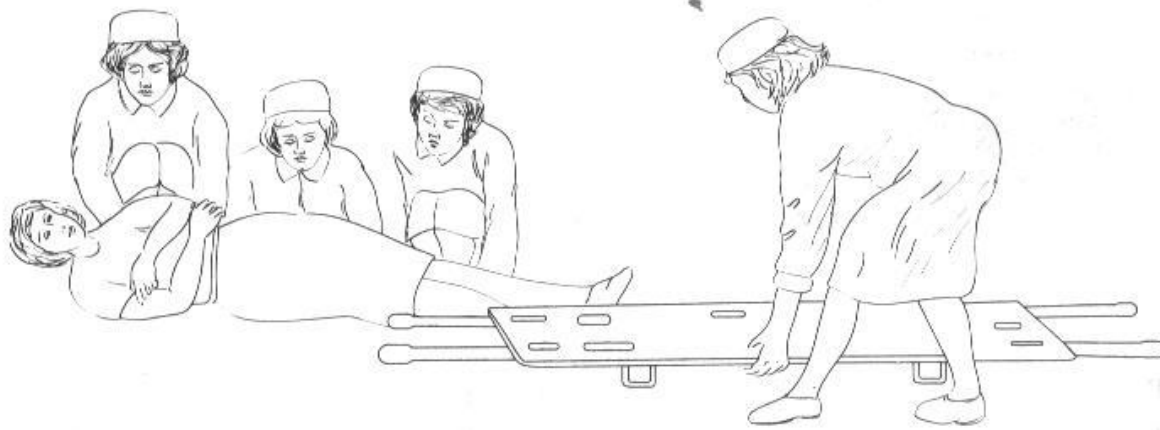


Рис. 3. Перекладывание больного на носилки

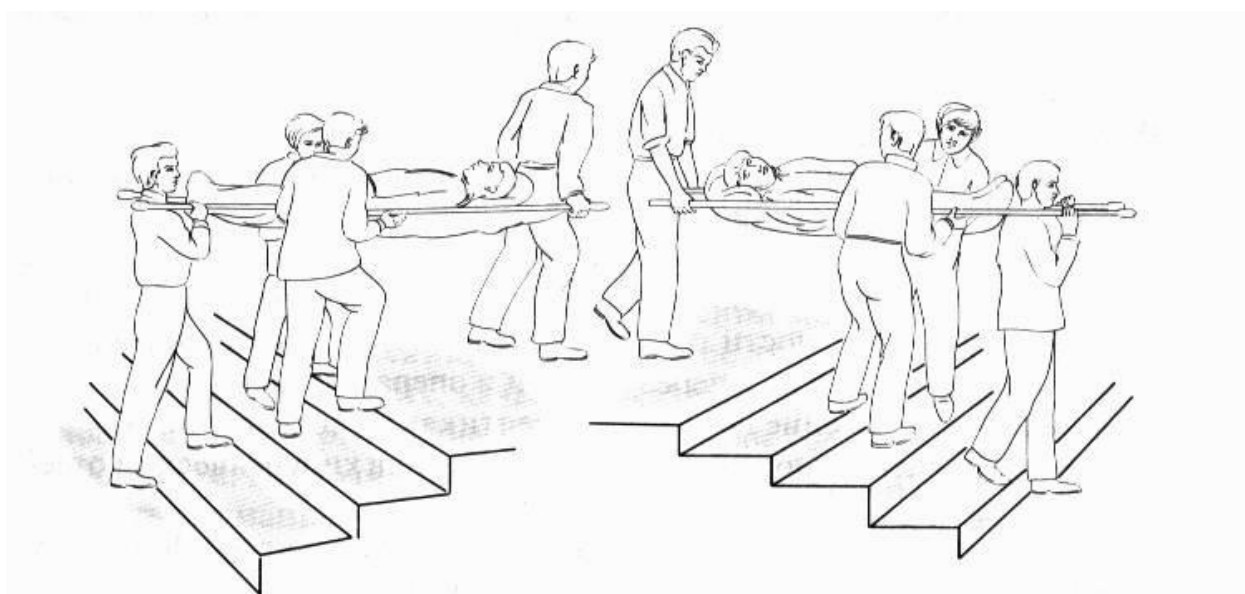


Рис. 4. Транспортировка больного на носилках по лестнице:
а – вверх, б – вниз.

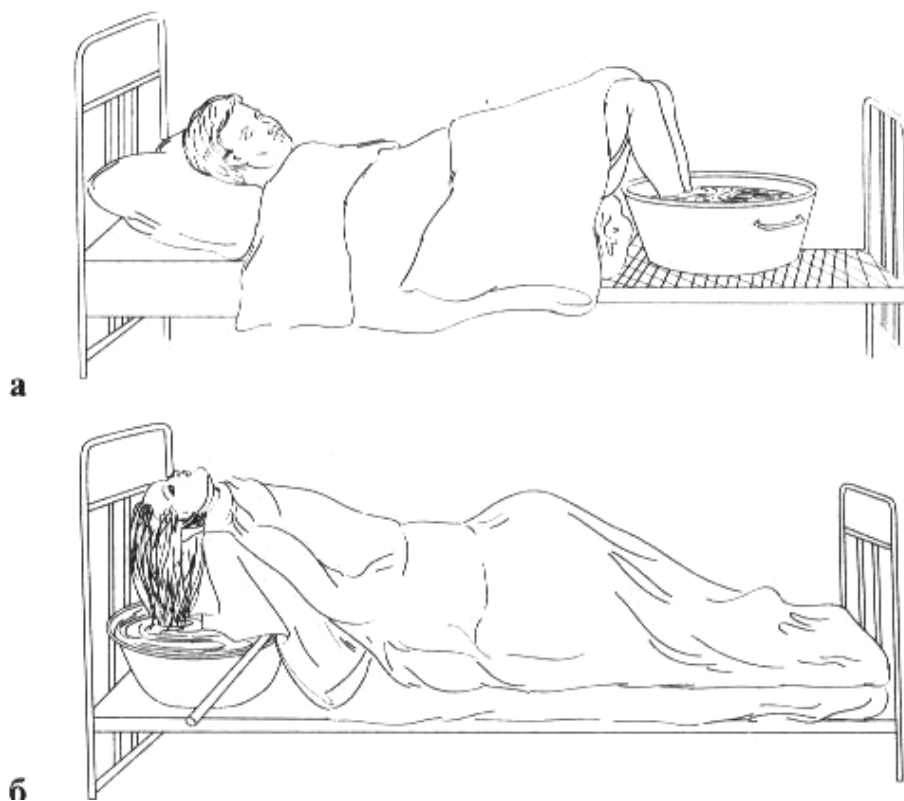


Рис. 5. Мытье ног (а) и головы (б) лежачим больным

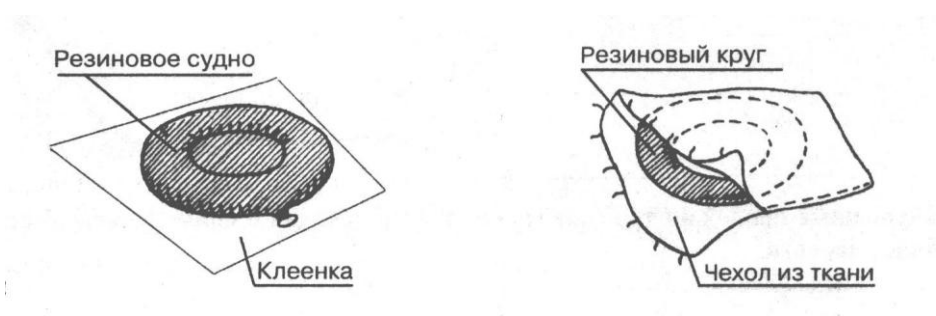


Рис. 6. Использование подкладного круга для борьбы с пролежнями.



Рис. 7. Кормление больных:
а – с ложки; б – из поильника.

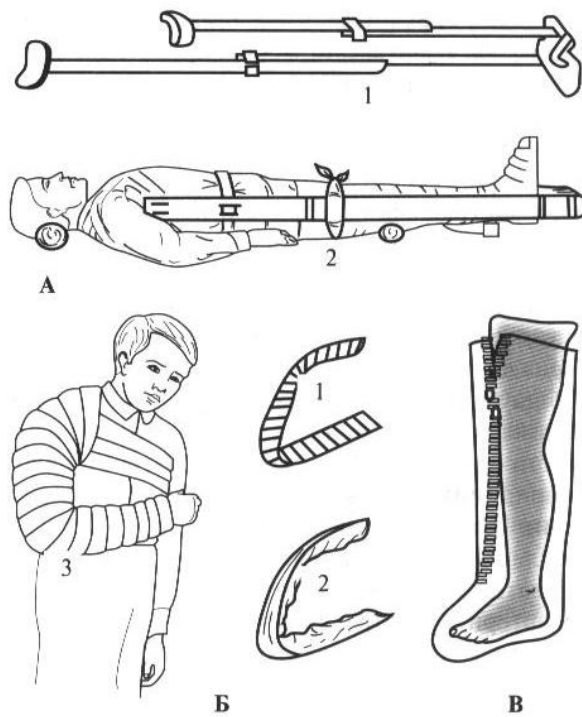


Рис. 8. Транспортная иммобилизация стандартными шинами:
а – шина Детерихса; б - шина Крамера; в – пневмошина.



Рис. 9. Положение больного при возникновении рвоты

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

Выберите один правильный ответ из ниже приведенных вариантов

1. В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ ЩЕЛОЧЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ
 - 1) коагуляция клеточных белков
 - 2) импрегнация клеточных белков
 - 3) гидролиз клеток
 - 4) омыление липидных мембран клеток

2. В ХИРУРГИИ ПРОЛЕЖНЕМ НАЗЫВАЕТСЯ
 - 1) гнойное воспаление тканей в определенных анатомических областях
 - 2) гнилостное воспаление тканей
 - 3) некроз мягких тканей в результате сдавления сосудов
 - 4) ишемия тканей в результате травмы
 - 5) ишемия тканей вследствие венозного стаза

3. ПОДГОТОВКА КИШЕЧНИКА В ДООПЕРАЦИОННО ПЕРИОДЕ ПРИ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
 - 1) отхаркивающих препаратов
 - 2) бесшлаковой диеты
 - 3) зондового питания
 - 4) очистительных клизм
 - 5) холода на живот

4. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ СОБИРАЮТ
 - 1) вторую порцию мочи через час после сна утром натощак
 - 2) первую порцию мочи после туалета наружных половых органов
 - 3) вторую порцию мочи сразу после пробуждения
 - 4) всю порцию мочи при утреннем мочеиспускании, центрифугируется, с последующим исследованием 100мл осадка

5. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ
 - 1) исключают из диеты больного свеклу
 - 2) больной в течение 7ми дней не должен принимать аспирин и стрептомицин, специальной подготовки не требуется
 - 3) в течение 3 дней до исследования больной не употребляет мясо и рыбу
 - 4) используют кал после пальцевого исследования прямой кишки.

6. КАТЕТЕР ПЕТЦЕРА
 - 1) вводят в уретру только у мужчин
 - 2) имеет на конце раздуваемый баллон- фиксатор
 - 3) используется при мочепузырных свищах
 - 4) имеет изогнутую головку

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ НЕОБХОДИМО
- 1) каждые 1-2 часа менять положение больного
 - 2) каждые 1-2 часа менять постельное белье
 - 3) регулярно встряхивать простыню
 - 4) использовать подкладные круги под живот
8. ДЛЯ ПРАВИЛЬНОЙ ОЧИСТКИ ЗУБОВ ДВИЖЕНИЕ ЩЕТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ
- 1) вдоль оси зуба
 - 2) поперек оси зуба
 - 3) с захватом корня языка
9. БОЛЬНОЙ ПОДАН В ОПЕРАЦИОННУЮ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ АППЕНДЕКТОМИИ, НО БРИТЬЕ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ НЕ ПРОИЗВЕДЕНО. КАК ДОЛЖЕН ПРАВИЛЬНО ПОСТУПИТЬ ПЕРСОНАЛ
- 1) осуществить бритьё в предоперационной комнате
 - 2) вернуть больного в хирургическое отделение
 - 3) отменить операцию
 - 4) осуществлять операцию, как ни в чем не бывало
10. ОСОБЕННОСТЬЮ СМЕНЫ НАТЕЛЬНОГО И ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ БОЛЬНОГО В ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) смена не реже одного раза в семь дней
 - 2) смена по мере загрязнения, не реже одного раза в семь дней
 - 3) ежедневная смена нательного белья
 - 4) ежедневная смена постельного белья
11. ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО ИЗ ОПЕРАЦИОННОЙ В ПАЛАТУ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ
- 1) максимально быстро
 - 2) очень медленно
 - 3) в сопровождении хирурга
 - 4) в сопровождении анестезиолога
12. ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА БОЛЬНОГО ИЗМЕРЯЮТ
- 1) 1 раз в день
 - 2) 2 раза в день
 - 3) 3 раза в день
 - 4) 1 раз в 2 дня
13. ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ НА ОРГАНАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ВЫВОДЯТ СОДЕРЖИМОЕ ИЗ ЖЕЛУДКА
- 1) для профилактики аспирации и регургитации
 - 2) для облегчения техники оперирования
 - 3) для улучшения функции дыхания
14. СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РАССЧИТАНО НА
- 1) 30 – 35 коек
 - 2) 40 – 60 коек
 - 3) 150 – 200 коек
 - 4) 200-300 коек
15. В ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ВХОДИТ

- 1) наложение первичного шва на рану
- 2) установка металлического катетера
- 3) постановка внутривенных инъекций
- 4) измерение уровня оксигенации крови
- 5) ведение истории болезни

Ситуационные задачи.

Задача 1. В хирургическом отделении ночью пациент, страдающий раком легкого, пожаловался медсестре на то, что у него появилась одышка, чувство «нехватки воздуха», кашель с выделением ржавой пенистой мокроты. При сестринском осмотре: состояние тяжелое, вынужденное положение: сидя с опущенными конечностями. Кожные покровы бледные. Дыхание шумное, клокочущее, изо рта выделяется розовая пенистая мокрота, частота дыхания 35 в минуту, пульс 120 ударов в минуту, АД 210/110 мм.рт.ст. Какое состояние развилось у пациента? Окажите неотложную помощь.

Задача 2. Пациента хирургического отделения 40 лет стал беспокоить кашель с отделением мокроты «полным ртом» с неприятным запахом, боли в грудной клетке при глубоком дыхании. Мокроты выделяется до 600 мл в сутки, грязная с кровью, при отстое 3-х слойная, ознобы, температура тела до 40° С, резкая общая слабость, головная боль, отсутствие аппетита. Болен в течение месяца, к врачу не обращался. При обследовании: состояние больного тяжелое, испуган, в контакт вступает неохотно, гиперемия лица. Пониженного питания, язык обложен белым налетом, пульс 110 в мин., частота дыхания – 26 в минуту, АД – 100/80 мм.рт.ст., в легких выслушиваются влажные хрипы. В анализе мокроты микобактерии туберкулеза не обнаружены. Какое состояние развилось у пациента? Назовите особенности ухода за этим пациентом.

Задача 3. В хирургическом отделении находится пациент 76 лет, с диагнозом: рак желудка. При сестринском обследовании выявлено: пациент истощен, страдает недержанием мочи и кала, неподвижен, сознание неясное, кожные покровы бледные, сухие. Назовите основные направления сестринского ухода за пациентами. Какие осложнения можно ожидать у этого пациента?

Задача 4. В травматологическое отделение поступила пациентка 62 лет с диагнозом: артрит правого коленного сустава. При оценке состояния пациентки медицинская сестра выяснила, что больная не может быстро дойти до туалета.

та (из-за болей), поэтому у нее часто бывает недержание мочи. Определите приоритетную проблему, цель и ожидаемый результат.

Задача 5. В стационар поступил пациент Л. 25 лет с диагнозом язвенная болезнь 12-перстной кишки. Жалобы на острые боли в эпигастриальной области, возникающие через 3-4 часа после еды, нередко ночью, отрыжку кислым, изжогу, запоры, похудание. Аппетит сохранен. Больным себя считает около года, однако к врачам не обращался. Работа связана с нервным перенапряжением, много курит. Пациент обеспокоен состоянием своего здоровья, снижением трудоспособности. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии живота выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Пациенту назначено ФГДС и УЗИ брюшной полости. Определите проблемы пациента; составьте план сестринского ухода, подготовки пациента к указанным методам обследования.

Задача 6. Пациент А., 70 лет, поступил в клинику на обследование с предварительным диагнозом: “центральный рак легкого”. У пациента кашель с отделением мокроты слизистого характера, слабость, периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Жалуется на жару и духоту в палате, с чем связывает плохой сон, головные боли. Отмечает усиление одышки в горизонтальном положении. При попытке лечь выше всё время сползает вниз. Пациент обеспокоен своим состоянием, утверждает, что мать умерла от онкологического заболевания, и ожидает такого же исхода. Кожные покровы бледные. Частота дыхания 24 в минуту, пульс 92 в минуту удовлетворительных качеств, АД 120/70 мм.рт.ст. Определите проблемы пациента; составьте план сестринского ухода.

Задача 7. Во время после внутримышечного введения пенициллина, пациент пожаловался на беспокойство, чувство стеснения в груди, слабость, головокружение, тошноту. АД 80/40 мм.рт.ст., пульс 120 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. Определите и обоснуйте состояние пациента. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

Задача 8. Пациент 42 лет вечером за ужином ел арбуз. Ночью у него появились резкие боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область,

частое болезненное мочеиспускание. Доставлен в приемное отделение, госпитализирован в урологическое отделение. Объективно: поведение беспокойное, мечется, стонет. Кожные покровы обычной окраски, влажные, частота дыхания 22 в минуту, пульс 100 в минуту, живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации, симптом Пастернацкого резко положительный справа. Определите и обоснуйте состояние пациента. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

Задача 9. В приемное отделение доставлена пациентка с жалобами на возникшую после употребления жареной пищи сильную боль в правом подреберье, иррадиирующую в правое плечо, периодическую рвоту желчью, сухость и горечь во рту. Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 С, частота дыхания 16 в минуту, пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм.рт.ст., живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Определите и обоснуйте состояние пациента. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

Задача 10. Постовую медсестру на ночном дежурстве вызвали к пациенту К. 40 лет, находящемуся на лечении с диагнозом: Язвенная болезнь желудка, состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение, госпитальная пневмония. 30 минут тому назад, нарушив постельный режим, почувствовал себя плохо: появилась слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Объективно: состояние средней тяжести, сознание сохранено, пациент испуган, кожа бледная, обильно покрыта холодным липким потом. АД 80/50 мм.рт.ст., пульс нитевидный 100 в минуту. Какое состояние развилось у пациента, объясните алгоритм действий медицинской сестры.

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература.

1. Уход за хирургическими больными. Учебник / Н.А.Кузнецов, А.Т. Бронштейн. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 288с.
2. Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям/ Под редакцией профессора Н.А.Кузнецова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 192с.

Дополнительная литература.

1. Основы ухода за хирургическими больными / А.А.Глухов, А.А.Андреев, В.И.Болотских, С.Н.Боев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 288с.
2. Клинический уход за хирургическими больными. «Уроки доброты» / А.А. Шевченко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 416с.
3. Практические навыки медицинской сестры / Под редакцией М.В. Чичко. - Минск.: Книжный Дом, 2005. – 848 с.

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ И СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Ответы к тестам	1-4)	8-1)
	2-3)	9-1)
	3-4)	10-2)
	4-2)	11-4)
	5-3)	12-2)
	6-3)	13-1)
	7-1)	14-2)
		15-3)

Ответы к ситуационным задачам

1. Легочное кровотечение. Вызвать врача. Снять с больного одежду, затрудняющую дыхание (подготовка к переводу в реанимационное отделение или в палату интенсивной терапии), обеспечить приток свежего воздуха (открыть окно, форточку, дверь). Больного укладывают в постель, придав ему полусидячее положение. Его следует успокоить, убедить в том, что ему нужно соблюдать полный покой. На грудь следует положить пузырь со льдом или холодный компресс. Внутривенные инфузии препаратов - только по назначению врача.

2. У больного произошло вскрытие абсцесса легкого через бронх. Пациента госпитализировать (желательно в отдельную палату), назначить постельный режим. Предложить пациенту несколько раз в день ополаскивать полость рта бледно-розовым раствором калия перманганата. Обеспечить пациента банкой 500 мл с крышкой для сбора мокроты, на дно которой налить соответствующий раствор дезсредства. Определять количество выделенной мокроты ежедневно. При недостаточном отхождении мокроты по назначению врача сделать ингаляции с применением протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин) и иммунологических средств. По назначению врача применяют постуральный дренаж бронхов. Натощак медицинская сестра помогает пациенту принять положение тела, которое вызывает кашель со значительным выделением гнойной мокроты. Пациент из положения лежа на спине без подушки постепенно поворачивается на 360°. После каждого поворота на 45° пациент делает глубокий вдох, хорошо откашливается, снова меняет положение. Такое вращение он делает 5-6 раз. Медицинская сестра должна научить пациента правильно собирать мокроту на антибиотикограмму. Подготовить пациента по назначению врача к проведению бронхоскопии с целью санации бронхов. При повышении температуры тела, сопровождающемся ознобом, тепло укрыть пациента, обложить грелками, дать теплое питье. При снижении температуры тела и потоотделении менять белье, насухо вытирать кожу пациента.

3. Уход заключается в общеукрепляющем лечении, пополнении организма белковыми препаратами, жидкостью, витаминами, в применении тонизирующих средств, а при наличии сужения выходного отдела и застое в желудке непереваренных пищевых масс - ежедневное промывание желудка. Для питания такому пациенту может быть наложена гастростома. Пациенту вводится высококалорийная пища полужидкой консистенции. Частота кормлений - 4 - 6 раз в день. После каждого кормления необходимо проводить туалет в области стомы. Для кормления пациента необходимо: приготовить: стакан с водой, емкость для промывных вод, стеклянную или пластмассовую воронку, пачку стерильных салфеток, зажим, полиэтиленовый мешок для сбрасывания отработанных салфеток, пищу жидкой и твердой консистенции. Для борьбы с недержанием мочи может быть выполнена

катетеризация мочевого пузыря по назначению врача, смена белья, могут быть использованы одноразовые впитывающие пеленки. Осложнения - желудочное кровотечение, тромбоэмболия, образование пролежней, пневмония.

4. Основная проблема – невозможность пациентки посещать самостоятельно туалет. Цель ухода – обеспечить комфортное пребывание пациентки в палате, обеспечить мочеиспускание, уход за наружными половыми органами. Необходимо провести беседу о том, что эти проблемы временные, по мере стихания болевого синдрома больная сможет посещать туалет. С этой целью по назначению врача вводят анальгетики. При позывах на мочеиспускание больной предлагается судно, больная отгораживается ширмой, после акта мочеиспускания обрабатываются наружные половые органы.

5. Проблемы пациента: при сохранении аппетита пациент испытывает страх перед приемом пищи в связи с возникновением болей после еды. Необходимо объяснить пациенту, что по мере стихания воспалительного процесса болевой синдром уменьшится, что назначенная диета будет способствовать этому. Для подготовки к выполнению УЗИ брюшной полости и ФГДС необходимо воздержаться от приема пищи, жидкости. За 3 дня до исследования назначается бесшлаковая диета, уменьшающая газообразование в кишечнике.

6. Больному назначают полный покой. Сестринский уход состоит в придании больному полусидячего положения с наклоном в сторону пораженного легкого во избежание попадания мокроты или крови в здоровое легкое. При появлении одышки больному придают возвышенное (полусидячее) положение, освобождая его от стесняющей одежды, обеспечивают приток свежего воздуха за счет регулярного проветривания. Для лучшего отхождения мокроты необходимо найти наиболее удобное положение больного — так называемый дренаж положением. При одностороннем процессе это положение на здоровом боку. Дренаж положением проводится 2—3 раза в день по 20—30 минут. Рак легкого очень часто сопровождается лихорадкой и ознобом. При этом необходимо согреть больного, обложить его грелками, хорошо укутать, напоить горячим сладким крепким чаем. При значительном повышении температуры тела на голову можно положить пузырь со льдом. Снижение температуры нередко сопровождается обильным потоотделением. В таких случаях больного следует вытереть сухим полотенцем и сменить белье. Очень важно, чтобы он ни одной минуты не находился в мокром белье. Медицинская сестра должна следить за пульсом, артериальным давлением, дыханием больного и при малейшем ухудшении в состоянии больного срочно вызвать врача. При появлении удушья медицинская сестра тут же должна сообщить об этом врачу и оказать помощь для облегчения дыхания: успокоить больного, помочь занять полусидячее положение в кровати, открыть форточку или окно и обеспечить приток свежего воздуха, дать больному кислород.

7. У больного развился анафилактический шок после введения пенициллина. Анафилактический шок — угрожающая жизни, остро развивающаяся системная реакция организма на контакт с аллергеном, сопровождающаяся нарушением гемодинамики, приводящая к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах. Необходимо немедленно прекратить введение аллергена, вызвавшего реакцию, уложить больного на кушетку (голова ниже ног), голову повернуть в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, удалить имеющиеся зубные протезы, сообщить врачу. Дальнейшие действия выполняются по назначению врача. Если антигенный материал был введен в конечность, наложить жгут выше места введения аллергена (на 25 минут). Сублингвально в уздечку языка (чтобы не терять время на поиск вены) или внутримышечно ввести 0,1% раствор адреналина 0,3-0,5 мл (детям 0,05-0,1 мл/год жизни), для внутривенного введения адреналин развести в 10 раз физраствором (для получения 0,01% раствора). Обколоть место инъекции 0,3-0,5 мл

(детям 0,1мл/год жизни) 0,1% раствора адреналина с 4,5 мл физраствора. К месту инъекции приложить пузырь со льдом. При отсутствии эффекта продолжить введение 0,3-0,5 мл раствора адреналина (детям 0,05-0,1 мл/год жизни) внутримышечно или внутривенно с интервалом в 5-10 минут. Кратность и доза вводимого адреналина зависит от тяжести шока и цифр АД. Общая доза адреналина не должна превышать 2 мл 0,1% раствора. Повторное введение малых доз адреналина более эффективно, чем однократное введение большой дозы. Если АД не стабилизируется, срочно начать внутривенное капельное введение норадrenalина (мезатона, дофамина) 0,2% 1,0-2,0 мл на 500 мл 5% раствора глюкозы или физраствора. Внутривенно струйно ввести глюкокортикостероиды: преднизолон — 60-180 мг (детям 5 мг/кг), дексаметазон — 8-20 мг (детям 0,3-0,6 мг/кг), гидрокортизон гемисукцинат — 200-400 мг (детям 4-8 мг/кг). По состоянию введение гормонов повторяют и продолжают не менее 4-6 суток для предотвращения аллергических реакций по иммунокомплексному или замедленному типу. При стабилизации АД внутримышечно ввести 2,0 мл 2% раствора супрастина (детям 0,1-0,15 мл/год жизни) или 0,1% раствора тавегила. Симптоматическая терапия по показаниям. При бронхоспазме внутривенно вводится 10,0 мл 2,4% раствора эуфиллина на физиологическом растворе (детям 1 мл/год жизни). При необходимости вводятся сердечные гликозиды, дыхательные analeптики. При возникновении анафилактического шока от пенициллина по назначению врача внутримышечно вводят 1670 МЕ пенициллиназы, растворенной в 2 мл физиологического раствора. При необходимости отсасывают из дыхательных путей скопившийся секрет и рвотные массы, начинают оксигенотерапию. Мероприятия по лечению анафилактического шока проводятся в отделении реанимации.

8. У больного развилась почечная колика. Для купирования почечной колики применяются анальгетики, спазмолитики, теплые ванны для снятия спазма с гладкомышечных волокон стенок мочеточника. Все препараты вводятся по назначению врача парентерально.

9. У больного болевой синдром связанный с острым холециститом- воспалением желчного пузыря, возникающем, чаще всего на фоне желчекаменной болезни. Данное состояние требует немедленной госпитализации в хирургическое отделение для обследования и лечения. Для купирования болевого синдрома по назначению врача применяются анальгетики, спазмолитики, противовоспалительные препараты, инфузионная терапия, голод, холод на живот. Это состояние часто сопровождается рвотой, что требует применения противорвотных средств, промывания желудка.

10. У больного развилось угрожающее жизни состояние – рецидив желудочно-кишечного кровотечения. Необходимо срочно вызвать дежурного врача. Данный пациент нуждается в срочном переводе в реанимационное отделение, где проводятся промывание желудка, экстренная фиброгастроуденоскопия для уточнения диагноза, определения источника кровотечения, эндоскопической остановки кровотечения. Больному проводится инфузионная, противоязвенная, гемостатическая терапия, холод на живот.